

Patricia Melo Biondi Andrade

**FAZENDO A DIFERENÇA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Tese submetida ao Programa de Pós-
Graduação em Odontologia da
Universidade Federal de Santa
Catarina para a obtenção do Grau de
Doutor em Odontologia
Orientador: Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia
Schaefer Ferreira de Mello

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária
da UFSC.

Andrade, Patricia melo Biondi de
Fazendo a diferença na educação em saúde bucal / Patricia
melo Biondi de Andrade ; orientadora, Ana Lúcia Schaefer
Ferreira de Mello - Florianópolis, SC, 2016.
162 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós
Graduação em Odontologia.

Inclui referências

1. Odontologia. 2. Saúde bucal. 3. Educação em saúde. 4.
Teoria fundamentada nos dados. 5. Estratégia Saúde da
Família. I. Mello, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Odontologia. III. Título.

Patrícia Melo Biondi Andrade

FAZENDO A DIFERENÇA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Esta Tese foi julgada adequada para obtenção do Título de “Doutor”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-graduação em Odontologia.

Florianópolis, 29 de abril de 2016

Prof. Izabel Cristina Santos Almeida, Dr.^a
Coordenador do Programa

Banca Examinadora:

Prof.^a Ana Lúcia Schaefer, Dr.^a Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Dr.^a
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (videoconferência)

Prof. Aline de Lima Pestana Magalhães, Dr.^a
Universidade do Estado de Santa Catarina (Membro titular)

Prof. Daniela Lemos Carcereri, Dr.^a
Universidade Federal de Santa Catarina (Membro titular)

Prof. Mirelle Finkler, Dr.^a
Universidade Federal de Santa Catarina (Membro titular)

Prof. A Cláudio José Amante, Dr.^a
Universidade Federal de Santa Catarina (Membro titular)

O trabalho apresentado a seguir é dedicado com todo amor e carinho
aqueles que me auxiliaram ao longo da minha trajetória

À Deus que ilumina cada passo de nossa vida:

Aos meus pais José Henrique (in memoriam) e Niedja, que muito ensinaram
com suas próprias vidas;

Ao companheiro de todas as horas Paulo Roberto de Andrade, cuja presença
por uma vida me impulsionou;

Aos meus filhos Paulo, Lucas e Priscila, razão da minha existência;

As minhas tias Eliane Melo e Maria do Socorro Melo Alves pela parceria,
motivação e presença constante;

A todos os meus familiares, pelo amor incondicional;

À querida amiga Rossimary Freitas, pela oportunidade em vivenciar uma
amizade verdadeira;

Aos meus colegas e mestres, que muitas vezes trilharam caminhos difíceis, e
nunca desistiram.

AGRADECIMENTOS

À UFSC, universidade pública, gratuita e de qualidade, por me capacitar durante estes quatro anos de formação profissional;

Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, que me oportunizou realizar um processo seletivo idôneo e ingressar neste doutorado, distante do estado onde residia, a sua coordenadora, professora Dra. Izabel Cristina Santos Almeida, à secretária Ana Maria Vieira Frandolozo e aos professores da área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva;

À CAPES, pelo financiamento do Estágio de Doutorando no Exterior, e a Pró-Reitoria de Pós-Graduação da UFSC que colaborou no processo de obtenção da bolsa;

À querida orientadora desta tese, e minha tutora científica Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, por ter me escolhido para sua orientação, por seus incentivos contínuos ao meu aprimoramento pessoal e profissional e pela confiança, por seu cuidado, carinho e amizade;

Aos professores Dr. Peter G. Robinson, Dr. Barry Gibson e Dr. Mário Vettore por terem prontamente me aceito na University of Sheffield, por todas as oportunidades de crescimento profissional e pessoal, e pela convivência enriquecedora, compartilhando conosco valiosos conhecimentos;

Aos professores que contribuíram na banca de qualificação de projeto: Dra. Daniela Carcereri; Dra. Mirelle Finkler; Dra. Ramona Toassi e Dra. Ana Lúcia Mello;

À professora Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann por pertinentes contribuições no processo metodológico, juntamente com os membros do GEPADES;

Aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e aos membros das Equipes de Saúde da Família que colaboraram com a coleta de dados desta pesquisa, por terem dedicado uma parte do seu escasso tempo a mais esta tarefa;

Aos professores que, com muita disponibilidade, aceitaram fazer parte da Banca Examinadora desta tese, Dra. Aline de Lima Pestana Magalhães, Dr. Cláudio José Amante, Dra. Daniela Lemos Carcereri, . Dra. Daniela de Rossi Figueiredo, Dra. Mirelle Finkler, Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, pelas contribuições que visam enriquecer o interminável processo de construção do conhecimento;

Aos professores Dra. Graziela Canto, Dra. Karen Peres, Dr. Marco Peres e Dr. João Luiz Bastos, pelo apoio e incentivos constantes e aos demais professores do Programa de Pós-graduação em odontologia da UFSC, pela confiança em mim depositada;

Às colegas de doutorado da turma Odontologia em Saúde Coletiva 2012, pela convivência e pelos bons momentos compartilhados, especialmente Daniela de Rossi Figueiredo, Gianina Mattevi, Grasiela Garrett, Alessandra Warmling e Heloisa Godoi;

As amigas que nasceram dos propósitos em comum, enquanto estudávamos juntas em Florianópolis e vislumbrávamos nossos estágios doutorais no exterior Claudia M. Vargas Peláez e Maria Cristina d'Ávila de Castro;

À querida Dedé Hawkins, por todo o apoio na concretização do Doutorado Sanduíche, e à Lindalva, Maria Augusta Rabello e Helene Faccin, pela convivência inesquecível que fizeram da minha estada na Inglaterra um período especial;

Ao David Whiller e a sua família, pelo carinho de sempre com que me acolheram em seu lar, fazendo-me sentir em casa mesmo a milhas e milhas de distância;

Um agradecimento especial à Claudia M. Vargas e Barbara Baccin, pela transcrição das entrevistas durante a coleta de dados, diagramação deste texto e agradáveis horas de intenso trabalho;

Às pessoas que me deram suporte em Cuiabá para que eu pudesse ficar tanto tempo longe: Rossimary Freitas, Paulo Assumpção, Fabíola Vasconcelos, Mayelly Lima, Maria do Carmo Oliveira;

Ao meu amado marido Paulo Andrade, pelo apoio absoluto a minha formação e vida profissional, pelas férteis discussões sobre o tema desta tese, pela parceria ímpar no dia-a-dia, pelo sorriso constante a cada manhã e por fazer dos meus sonhos os nossos sonhos;

A minha família e amigos, pelo incentivo, pela torcida, pelo carinho e pela compreensão nas minhas ausências.

Todo Cambia

Cambia lo superficial
Cambia tambiénlo profundo
Cambia el modo de pensar
Cambia todo en este mundo

Cambia el clima conlosaños
Cambia el pastor surebaño
Y así como todo cambia
Que yo cambie no es extraño

Cambia el más fino brillante
De mano en mano subrillo
Cambia elnidoelpajarillo
Cambia el sentir un amante

Cambia el sol en su carrera
Cuando la noche subsiste
Cambia la planta y se viste
De verde enla primavera

Cambia el pela jelaflera
Cambia el cabelo el anciano
Y así como todo cambia
Que yo cambie no es extraño

Pero no cambia mi amor
Por más lejo que me encuentre
Niel recuerdo niel dolor
De mi pueblo y de mi

Mercedes Sosa.

RESUMO

No Brasil, a capacidade do Estado em responder às necessidades de saúde da população se manifesta por meio das ações e serviços ofertados no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, a implantação do modelo de atenção, baseado na Estratégia Saúde da Família (ESF) inclui o desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença, para que a atuação no território seja resolutiva. Da mesma forma, o processo de trabalho da equipe de saúde bucal na ESF deve incluir práticas educativas que forneçam instrumentos para fortalecer a autonomia dos usuários e a condução de hábitos saudáveis, especialmente no cuidado à saúde bucal. Assim, apresenta-se esta tese cujo objetivo foi compreender os significados da educação em saúde, atribuídos por gestores de nível central e profissionais de equipes que atuam na Estratégia Saúde da Família, bem como analisar como estes significados influenciam nas práticas educativas desenvolvidas. A partir dessa compreensão formulou-se um modelo teórico-explicativo sobre as práticas de educação em saúde bucal na ESF. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e analítico, de abordagem qualitativa, fundamentado no referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados, realizado no município de Florianópolis (SC). Os dados foram coletados em 2013/2014 por meio de entrevista semiestruturada, com duas questões norteadoras com 25 profissionais de saúde e gestores, distribuídos em três grupos amostrais. Os dados foram analisados em 2014/2015 e constantemente comparados entre si, seguindo o processo de codificação e organização em categorias que relacionadas compuseram o modelo, cujo fenômeno central foi “Educação em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: o significado das práticas educativas”. A categoria central emergente foi “Fazendo a diferença na educação em saúde bucal” e as demais categorias “Motivação empática na educação em saúde bucal”, “Planejando ações de educação em saúde bucal” e “Estratégias adotadas nas práticas de educação em saúde bucal”. Os resultados apontam que fazer a diferença na educação em saúde bucal significa estar alinhado às práticas participativas de educação em saúde, sendo estas guiadas por valores, e seu impacto monitorado por meio de evidências científicas. Os profissionais membros das equipes de saúde bucal e gestores municipais procuravam fazer a diferença na educação em saúde, sentindo-se valorizados e reconhecidos; demonstravam motivação empática perante as ações na educação em saúde bucal e procuravam desenvolver habilidades para contribuir com a redução das desigualdades, por meio do

empoderamento dos usuários. Entretanto, as ações em educação em saúde ainda necessitam de um planejamento mais participativo, mediante a reflexão contínua acerca dos valores que conduzem à promoção da saúde, considerando o mundo social dos envolvidos; contemplando as relações do processo saúde-doença no contexto em que vivem. O modelo teórico reconhece ainda que as opções por estratégias de educação em saúde bucal estão vinculadas às escolhas que permeiam o planejamento e as abordagens adotadas, sendo mediadas pelo mundo social. Acredita-se que estes resultados podem ser mais significativos quando for valorizada a motivação empática, que emerge da conexão entre os conhecimentos e os sentimentos das pessoas envolvidas. Esta realidade pode ser viabilizada mediante processo contínuo de reflexão, formação crítica e educação permanente, que envolva todos os atores, seja no ambiente acadêmico, profissional e social.

Palavras-chave: Saúde bucal. Educação em saúde. Teoria fundamentada nos dados. Estratégia Saúde da Família. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

In Brazil, the state's capability to respond to the health needs of the population is manifested through the actions and services offered by the Sistema Único de Saúde ["Unified Health System"]. In this context, the implementation of a care model based on the Family Health Strategy (FHS) includes the development of educational activities that can affect the health-disease process, so that its performance in the covered territory can be resolute. Similarly, the working process of the oral health team in the FHS should include educational practices that provide tools to strengthen the autonomy of users and driving healthy habits, especially in oral health care. Thus, this thesis aims to better understand the meanings of Health Education, defined by central level managers and professionals in oral health teams that are working in the Family Health Strategy, as well as to understand how this meaning influences in the performed educational practices. Based on this understanding, it has been formulated a theoretical-explanatory model on the oral health education practices in the FHS. It is a descriptive and analytical study with a qualitative approach, based on the theoretical and methodological references of the Grounded Theory method, held in Florianópolis (SC, Brazil). The data was collected through semi-structured interviews with 25 participants, divided into three sample groups. The data samples were constantly compared against each other, following the encoding process and the relationships in the categories based organization, to compose the model, which central phenomenon was "Education on oral health in the Family Health Strategy: the meaning of the educational practices". The emerging central category was "Making a difference in oral health education" and the remaining categories are "empathic motivation in oral health education", "Planning educational activities on oral health" and "strategies adopted in the education practices in oral health". The results show that making a difference in oral health education means being aligned with participatory health education practices, which are guided by values, and their impact monitored through scientific evidences. The professionals that are members of the oral health teams, as well as the local managers, aimed to make a difference in health education. However, the actions in health education still require a more participatory planning, which include continuous reflections on the values that lead to health promotion, considering the social background of those involved; contemplating the relationship of the health-disease process in the context in which they live. The theoretical model also

recognizes that the options for oral health education strategies are linked to the choices that are related to the planning and the adopted approaches, being mediated by the social world. It is believed that these results can be more significant when the empathic motivation is considered, which emerges from the connection between the knowledge and the feelings of the people involved. This reality can be made possible by a constant process of reflection, critical education and professional training, involving all actors, in the academic, professional and social environments.

Keywords: Oral health. Health education. Grounded theory. Family Health Strategy. Health promotion..

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Cronologia dos Marcos Políticos e Legais da Educação em Saúde no Brasil.	39
Figura 2 – Termos associados com as categorias durante a descoberta da teoria.....	47
Figura 3 – Etapas do processo de investigação guiado pela teoria fundamentada nos dados	53
Figura 4 Exemplo de diagrama ilustrando a categoria central e suas dimensões.....	60
Figura 5 Desenho esquemático representando o processo de elaborar a Teoria Fundamentada nos Dados considerando a sensibilidade teórica do pesquisador.....	62
Figura 6 - Fluxograma da revisão da literatura	65
Figura 7- Distribuição dos artigos por região e por ano de publicação.	69
Figura 8. Processo Social Básico (PSB) representado pela categoria central e demais categorias.....	77
Figura 9 - Diagrama da categoria central “Fazendo a diferença na educação em saúde bucal” e suas dimensões (práticas, alcance, foco e técnicas).....	81
Figura 10 – Diagrama representativo da categoria Estratégias utilizadas para Práticas Educativas. I – Abordagem Tradicional. II – Abordagem Democrática. III – Abordagem de Gestão “cultivando saúde” e suas intersecções (IV - V - VI – VII).	107

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Regras de codificação na Sensibilidade Teórica	48
Quadro 2 Descrição dos participantes deste estudo	51
Quadro 3 – Exemplo do processo de codificação do conteúdo das entrevistas.....	55
Quadro 4 – Codificação durante a análise da teoria fundamentada nos dados.	56
Quadro 5 – Selecionando a categoria central.	57
Quadro 6 Exemplo de memorando produzido durante a análise dos dados	59
Quadro 7 – Resultados da busca bibliográfica realizada segundo as bases de dados consultadas e termos utilizados	64
Quadro 8 – Resumo das características descritivas dos artigos incluídos (n=23).....	67
Quadro 9 – Categorias que emergiram do processo de análise e suas dimensões.....	76
Quadro 10 – Categoria central “Fazendo a diferença na Educação em Saúde Bucal” e suas dimensões (práticas, alcance, foco e técnicas).....	79
Quadro 11 – Dimensões e subcategorias da categoria motivação empática na educação em Saúde Bucal	94
Quadro 12 – Dimensões e subcategorias da categoria Planejando ações de educação em saúde Bucal	98
Quadro 13 Quadro das dimensões e subcategorias da categoria Estratégias adotadas nas práticas de educação em saúde bucal.....	103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
ASB – Auxiliar de Saúde Bucal
APS – Atenção primária à Saúde
CS – Centro de Saúde
CD – Cirurgião-dentista
CFO – Conselho Federal de Odontologia
CLS – Conselho Local de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde
Previdenciária
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia Saúde da Família
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde
PET – Programa de Educação para o Trabalho
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS – Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PPGO – Programa de Pós-Graduação em Odontologia
PSF – Programa Saúde da Família
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SF – Saúde da Família
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TFD – Teoria Fundamentada nos Dados
TSB – Técnico em Saúde Bucal
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
USF – Unidade de Saúde da Família
WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	23
OBJETIVOS	29
OBJETIVO GERAL	29
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
Capítulo 1 - A EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL	31
1.1 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL	31
1.2 MARCOS POLÍTICOS E LEGAIS	37
Capítulo 2 – PERCURSO METODOLÓGICO	43
2.1. TIPO DE ESTUDO	43
2.2. LOCAL DO ESTUDO	49
2.3. PARTICIPANTES	49
2.4 COLETA DE DADOS	52
2.5 ANÁLISE DOS DADOS	52
2.5.1 Análise Comparativa	52
2.5.2 Codificação Aberta	54
2.5.3 Codificação Axial e Seletiva	56
2.5.4 Categoria Central	57
2.5.5 Elaboração de memorandos e diagramas	58
2.5.6 Integração, Elaboração do Modelo Teórico e Validação	60
Capítulo 3 – APLICAÇÃO DO MODELO TEÓRICO: UMA PROPOSTA DE REVISÃO DA LITERATURA	63
3.1. SELEÇÃO DOS ARTIGOS	64
3.2. RESULTADOS DA REVISÃO DA LITERATURA DA APLICAÇÃO DO MODELO TEÓRICO	66
3.3. ASPECTOS ÉTICOS	73
Capítulo 4 – RESULTADOS	75
4.1. CATEGORIA CENTRAL: O PROCESSO SOCIAL BÁSICO “FAZENDO A DIFERENÇA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL”	77
4.2. CATEGORIA: MOTIVAÇÃO EMPÁTICA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL	93

4.3. CATEGORIA: PLANEJANDO AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL	97
4.4 CATEGORIA: ESTRATÉGIAS ADOTADAS NAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL	102
Capítulo 5 – DISCUSSÃO	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
REFERÊNCIAS	135
APÊNDICE A – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido	151
APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Primeiro Grupo Amostral	153
APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista Segundo Grupo Amostral	155
APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista Terceiro Grupo Amostral	157
ANEXO A – Anuência da SMS-PMF	159
ANEXO B – Parecer do CEP	161

INTRODUÇÃO

No Brasil, a capacidade do Estado em responder às necessidades de saúde da população se manifesta por meio das ações e serviços ofertados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta afirmativa vem exigindo, na formulação e implementação de políticas públicas um novo perfil de atuação no que se refere aos profissionais da saúde qualificados, insumos compatíveis com novas tecnologias e educação permanente. Deste modo, busca-se assegurar à sociedade brasileira seus direitos civis e sociais que propiciem desenvolvimento equitativo com inclusão social (BRASIL, 2005).

A atenção primária deve ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Está orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, considerando os sujeitos em sua singularidades e inserção sócio-cultural. No SUS, a atenção primária em saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Suas ações envolvem práticas de cuidado e gestão com enfoque na participação popular, desenvolvendo o trabalho em equipe, com foco em populações definidas, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem. Neste nível de atenção, utilizam-se tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior prevalência e relevância, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) o modelo de atenção prioritário para expansão e consolidação da atenção básica no país. A ESF favorece a re-orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar boa relação custo-efetividade. Considerando a consolidação da ESF como forma de reorganização da atenção básica também na área da Odontologia, a equipe de saúde bucal

(ESB) se insere nesse cenário com ações individuais e coletivas de cunho preventivo, educativo e terapêutico (BRASIL, 2012).

Alguns elementos são tomados como necessários à organização do processo de trabalho na ESF, entre eles: a existência de equipe multiprofissional - Equipe Saúde da Família(EqSF) - composta por, no mínimo, médico, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo acrescentar a esta composição os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista (CD), auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (ASB e/ou TSB); o número de ACS deve ser suficiente para cobrir toda população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família; cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição; cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma EqSF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo duas EqSF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais; a jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para atividades na ESF, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial (BRASIL, 2012).

Entende-se a educação em saúde como um conjunto de práticas pedagógicas participativas, construtivistas e transversais a vários campos de atuação, desenvolvidas por diversos atores sociais, na maioria das vezes, com o objetivo de sensibilizá-los para a adesão a projetos relativos às estratégias propostas (PEDROSA, 2006).

Entre as atribuições dos membros das equipes, figura a realização de ações de educação em saúde direcionadas à população adstrita, conforme planejamento da equipe. As práticas de educação em saúde se apresentam como instrumentos que devem promover uma nova consciência do sujeito socialmente responsável, constituindo-se em elemento fundamental no contexto da atenção em saúde no Brasil (BRASIL, 2005).

Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal o processo de trabalho em saúde bucal deve desenvolver ações em educação em saúde. Essas ações objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco

e de proteção à saúde bucal, assim como possibilitam ao usuário mudar hábitos, apoiando-o na conquista de sua autonomia (BRASIL, 2004).

As atividades educativas contemplam a multiprofissionalidade como diretriz e podem ser desenvolvidas pelo CD, TSB, ASB e ACS. As escolas, creches, instituições de longa permanência e espaços institucionais são locais preferenciais para este tipo de ação, não excluindo qualquer outro espaço onde os profissionais de saúde enquanto cuidadores possam exercer atividades que estimulem a reflexão para maior consciência sanitária e apropriação da informação necessária ao autocuidado. A atenção à saúde bucal deve possuir um enfoque interdisciplinar e considerar tanto as diferenças sociais quanto às peculiaridades culturais. Compete ao CD planejá-las, organizá-las, supervisioná-las e avaliá-las sendo, em última instância, o responsável técnico-científico por tais ações. Os conteúdos de educação em saúde bucal devem ser pedagogicamente trabalhados, preferencialmente de forma integrada com as demais áreas (BRASIL, 2004).

Ações coletivas representam a principal forma de abordagem da comunidade com a finalidade de promover a educação em saúde. No documento Caderno de Atenção Básica nº 17 Saúde bucal, está previsto que as atribuições do CD, TSB e ASB devem incluir a realização da atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade. Além disso, devem coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Saúde Bucal recomenda que 75% a 85% da carga horária dos profissionais da ESB sejam destinadas à assistência, e 15% a 25% às atividades como planejamento, capacitação e atividades educativas coletivas. As atividades educativas e preventivas, no nível coletivo, devem ser executadas, preferencialmente pelo pessoal auxiliar. O planejamento, supervisão e avaliação implicam participação e responsabilidade do CD. De um modo geral, os profissionais da ESF possuem atribuições relacionadas ao processo de educação em saúde que permeiam o fazer cotidiano das equipes devendo constar nas agendas espaços para o desenvolvimento dessas atividades (BRASIL, 2004).

A inserção, desde 2001, das ESB para o trabalho nos moldes da ESF vem exigindo a formação de um profissional com visão ampliada do processo saúde-doença, para que a sua atuação no território seja verdadeiramente efetiva e resolutive. Isto faz surgir um novo cenário de

ensino-aprendizagem que demanda que a atenção à saúde individual, das famílias e da comunidade seja trabalhada com competências genéricas da Odontologia junto às qualidades e habilidades das ciências humanas e sociais (MOYSES, 2008).

O conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de Promoção da Saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto da sua vida cotidiana e não apenas aquelas pessoas sob risco de adoecer. A Carta de Ottawa, resultante da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, apresentou a dimensão da Educação em Saúde com foco na formação dos profissionais da saúde, além de avançar com a idéia de *empowerment*, ou seja, o processo de capacitação da comunidade pela construção de conhecimentos e desenvolvimento da consciência política (BUSS, 2003).

Stotz e Araujo discutiam, já em 2004, a promoção da saúde e a cultura política que orienta as políticas públicas propostas para “países em desenvolvimento”, em especial a categoria *empowerment*, usualmente vista como uma forma de promoção individual e coletiva (comunitária, social) da saúde de grupos em situação de maior vulnerabilidade social.

A promoção do cuidado com a saúde bucal objetiva reduzir as iniquidades por meio de ações direcionadas a seus principais determinantes para que alcance melhorias sustentáveis neste campo (WATT, 2005; WATT et al., 2006).

Nesse sentido, um dos aspectos importantes para a consolidação do conceito ampliado de Promoção da Saúde é a existência de ações educativas incorporadas pela ESF, as quais atuam como ferramentas essenciais para incentivar a autoestima e o autocuidado dos membros das famílias. Esta concepção implica no desenvolvimento de ações intersetoriais, de base populacional, que potencializem fatores protetivos de saúde. Tais ações devem ser comprometidas com o direito à saúde, à equidade e à cidadania, assim como voltadas ao desenvolvimento humano e a proteção social, mantendo uma fina sintonia com as necessidades e demandas de saúde de indivíduos e populações em territórios e grupos populacionais específicos, contextualizadas de acordo com suas condições de vida (KUSMA; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

Segundo Narvai e Frazão (2008), o conjunto de desafios a serem enfrentados para produzir socialmente a saúde bucal coletiva implica em ir muito além das ações que tradicionalmente se colocam aos praticantes da odontologia que atuam na atenção à saúde bucal. Exige

desenvolver ações que extrapolam o campo da biologia humana e os limites da clínica odontológica tradicional e requer ações sociais e protagonismo político.

Para o desenvolvimento eficaz de ações que tendem à promoção da saúde é necessário compreender o princípio intersetorial dessas ações e as exigências multidisciplinares envolvidas. Sem essa compreensão, não é possível promover a saúde – inclusive a saúde bucal – com ações apenas no âmbito odontológico. As condições e recursos fundamentais para a saúde são paz, proteção, educação, alimentação, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e igualdade. Obter níveis adequados de saúde para cada comunidade e, se possível, melhorá-los conforme se desenvolvam as ciências e as tecnologias, requer firme atuação relacionada ao conjunto desses princípios básicos e norteadores das práticas de cuidado em saúde. Portanto, a promoção do cuidado à saúde bucal deve ser compreendida como o processo social da produção de condições gerais de vida e de trabalho favoráveis a um desenvolvimento saudável relativo às questões de saúde bucal, sendo esta considerada em sua integralidade biológica e social (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Durante muito tempo, estudiosos e filósofos, defendem que o desenvolvimento intelectual estava totalmente dissociado dos sentimentos, assim como a razão e a emoção, e que o raciocínio seria ponto alto de uma hierarquia. Um exemplo bastante conhecido é a frase de Descartes “Penso logo existo” que explicita uma dicotomia e superioridade da razão em relação aos sentimentos (ARANTES, 2002).

Pauleto, Pereira e Cyrino (2004) realizaram uma revisão crítica sobre programas educativos em saúde bucal e constataram que a dimensão educativa dos programas é pouco desenvolvida e, quando realizada, está fortemente apoiada em práticas de transmissão de conhecimentos, sem espaço para práticas dialógicas capazes de mobilizar às crianças quanto à problemática da saúde bucal, visando a autonomia em relação ao cuidado com a saúde.

Souza, Baumgarten e Toassi (2014) estudando as publicações do ano de 2000 a 2011 referentes à educação em saúde bucal, concluíram que os grupos com maior frequência das ações foram os escolares e pré-escolares, seguidos pelos profissionais de saúde e idosos. Os autores sugerem que se repense os aspectos educativos em saúde bucal e sejam desenvolvidas outras iniciativas tendo como objetivos a autonomia e a promoção da cidadania.

A inserção da SB na ESF, os aspectos estruturais e as concepções acerca do processo saúde-doença confluem para a

organização de um processo de trabalho que privilegia as características da prática hegemônica. Também indicam que se faz necessário um trabalho integrado entre todos os profissionais em prol da troca de conhecimentos e construções coletivas das intervenções (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010).

O cirurgião-dentista, tradicionalmente, não foi orientado durante a graduação para a compreensão crítica das necessidades sociais de saúde da população. O modelo de formação ainda hegemônica, está distante da realidade e contextos brasileiros, pois não se mostra comprometido com as necessidades reais da população. Do mesmo modo, ao observar a maioria dos cursos de pós-graduação, percebe-se que refletiam a mesma realidade da graduação que confirmavam e aprofundavam o modelo mercantilista e elitista da odontologia brasileira (BRASIL, 2005).

Para transformar essa realidade e contradição, as Diretrizes Curriculares Nacionais lançaram para as Instituições de Ensino Superior brasileiras o desafio da formação em Odontologia em consonância com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Os profissionais responderiam assim às demandas para melhoria do SUS, orientados e preparados para fazer parte da Equipe de Saúde, visando à integralidade da atenção e reforçando a compreensão ampliada da forma sinérgica com a qual os membros desta equipe devem atuar para a resolução dos problemas de saúde (MOYSES, 2008).

Bessen et al. (2007), em estudo com profissionais vinculados à ESF de Florianópolis, concluiu que o modelo de atenção baseado na ESF não é objeto de estudo nos cursos de graduação nas Universidades. Concluiu que alguns profissionais desconhecem seus fundamentos e a maioria deles tem práticas educativas verticais, distanciando-se da proposta de Promoção da Saúde preconizada para o modelo. Os autores assinalam a importância da educação permanente e a reestruturação dos cursos de graduação, de modo a aproximar as práxis da educação em saúde à realidade social.

Atualmente, mostra-se salutar a preparação dos profissionais para atuarem nas ESB desde a graduação. A abordagem multiprofissional tem como objetivo contribuir com a formação de estudantes para trabalhar em equipes e encorajar famílias e comunidades a reconhecerem a corresponsabilidade no controle de seus problemas de saúde e no seu autocuidado. Dessa forma, pode-se produzir níveis crescentes de saúde na população (MOYSÉS, 2008).

Ante o exposto, parte-se do pressuposto de que as ações educativas realizadas pelas equipes de saúde bucal, no âmbito da ESF,

ainda carecem de contribuições teóricas e metodológicas, no que se refere a sua abordagem coletiva. Nesse contexto, os significados atribuídos, pelos envolvidos, na Educação em Saúde influenciariam no modo como as ações são realizadas. As práticas educativas em saúde bucal ancoradas nos valores da Promoção da Saúde favorecem à qualidade e resolutividade do cuidado em saúde, bem como permite o desenvolvimento da autonomia da população, viabilizada por um processo de trabalho interdisciplinar, planejado e compartilhado democraticamente com a comunidade.

Frente ao exposto, questionamos: Como a educação em saúde bucal no contexto da ESF é significada e vivenciada pelas equipes de saúde e por gestores municipais? Como os significados atribuídos pelas equipes de saúde e por gestores municipais influenciam as práticas educativas em saúde bucal no âmbito coletivo?

Desta forma esta tese se apresenta oportuna, original e relevante na medida em que busca contribuir para a construção de referenciais teóricos que sustentem boas práticas de educação em saúde, considerando o processo de trabalho das equipes de saúde bucal que atuam na ESF.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Compreender a educação em saúde bucal no contexto da Estratégia Saúde da Família e formular uma teoria sobre este fenômeno.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer os significados da Educação em Saúde bucal atribuídos por profissionais de equipes de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família e por gestores municipais.
- Analisar como estes significados influenciam nas práticas educativas em saúde bucal, no âmbito coletivo.
- Construir um modelo teórico a partir da compreensão dos significados atribuídos pelos profissionais da equipe de saúde e gestores municipais sobre educação em saúde bucal no contexto da ESF.

Capítulo 1 - A EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

1.1 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

O objeto de estudo investigado nesta tese trata do fenômeno dos processos envolvidos na educação em saúde bucal, no contexto da estratégia saúde da família, a partir dos significados atribuídos pelos profissionais de equipes de saúde da família e gestores municipais. Considera-se que esse fenômeno se concretiza na interface de alguns referenciais teóricos-conceituais, e suas relações dinâmicas.

Nos anos 60, as experiências pioneiras em ideias e práticas que tem no nome do educador Paulo Freire, uma espécie de eixo de referência, não eram identificadas pelo nome de Educação Popular. Paulo Freire usava uma denominação própria nomeada educação liberadora. Algumas associações envolvidas com tal proposta constituíam centros ou movimentos de cultura popular.

A palavra educar tem sua origem no latim *educare*, que significa conduzir de um estado a outro. Este processo se configura numa ação exercida sobre o sujeito ou grupos de sujeitos, buscando provocar neles mudanças tão eficazes que os tornem elementos ativos dessa própria ação exercida (LIBÂNEO, 1994).

Educar não significa simplesmente transmitir ou adquirir conhecimentos. Está presente, no processo educativo, um arcabouço de representações de sociedade e de homem que se quer formar. Através da educação as novas gerações adquirem os valores culturais e reproduzem ou transformam os códigos sociais de cada sociedade. Assim, não há um processo educativo asséptico de ideologias dominantes, sendo necessária a reflexão sobre o próprio sentido e valor da educação na e para a sociedade (LUCKESI, 1994; SAVIANE, 1985).

O conceito de educação tem passado por fortes transformações – desafios gerados pela globalização e novas tecnologias e seu grande desafio é superar as desigualdades sociais, promover equidade e justiça social.

Freire (1993) destaca a importância da educação ao afirmar que: como processo de conhecimentos, formação política, capacitação científica e técnica, a educação é prática indispensável aos seres humanos e deles específica na História como movimento, como luta. A história como possibilidade não prescinde da controvérsia, dos

conflitos, que em si mesmo já engendrariam a necessidade da educação (FREIRE, 1993, p.14).

O processo educativo se inicia na convivência em família, a partir das relações familiares e continua no âmbito das diversas instituições sociais, como a escola, e em outros grupos sociais dos quais as pessoas participam, além de receber contribuição de outros segmentos, como a mídia.

A interseção entre Educação e Saúde, resultantes do “entrelaçamento de disciplinas das ciências sociais e das ciências da saúde” (STOTZ, 1993, p.13), também se constitui num campo de conhecimentos e práticas, que é tradicionalmente conhecido como Educação Sanitária, mas também pode ser chamado de Educação para a Saúde, Educação em Saúde, Educação e Saúde (PEREIRA, 2003).

Na perspectiva dos autores Smeke e Oliveira apud Vasconcelos (2001, p.115):

o fenômeno educativo é um processo contínuo de vida, potencializando o aprendizado de cada momento, o que torna mais possível evidências produtos e lidar com as frustrações mais evidentes, por outro, a imprevisibilidade e abrangência da tarefa articular “micro” e “macro” – nas ações educativas, complexifica sua realização, bem como a avaliação de seus resultados.

A Educação e, particularmente, a Educação em Saúde, compreende um conjunto de processos intencionais, planejados, sistematizados, pautados por valores sociais e pela ética. Nesse sentido, Lima et al. (2000, p.8) afirmam que:

educar significa humanizar, que é auxiliar as mudanças pessoais para o desenvolvimento de qualidades humanas específicas e para o crescimento social/pessoal. Particularmente, é um processo de formação que envolve a aquisição de conhecimento e o desenvolvimento de habilidades, interesses, atitudes e o potencial para a ação em um contexto social. Ela implica na ampliação da consciência crítica e de mudanças comportamentais. A educação se beneficia de instrução, mas a instrução não significa necessariamente educação. A educação ocorre formal ou informalmente na vida social, em um processo multidirecional de grande complexidade.

Ela é experimentada de maneira distinta pelos indivíduos e populações, reflete valores sociais, históricos, contexto sócio-culturais e políticos, ideologias, condições de vida e práticas pedagógicas. (...) A educação em saúde deve se preocupar com a vida cotidiana dos cidadãos, levando múltiplos aspectos em conta: aqueles que envolvem o cuidado com o corpo e a mente, a consciência do direito a desfrutar os bens coletivos produzidos pela sociedade e a luta para fazer com que esses direitos sejam efetivos.

A educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano. Estes dois campos estão unidos em qualquer nível de atenção à saúde e também na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde. Assim, estes profissionais utilizam, mesmo inconscientemente, um ciclo permanente de ensinar e de aprender. No âmbito da atenção à saúde, a prática educativa refere-se às atividades de educação em saúde, voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da saúde e qualidade de vida. Essas práticas são embasadas nas concepções de saúde e de educação pautadas no desenvolvimento das potencialidades humanas, no potencial de transformação da realidade, sendo integrantes dos direitos fundamentais do ser humano (PEREIRA, 2003).

L'Abbate (1994) considera a Educação em Saúde uma disciplina, definindo-a como

um campo de práticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades”. Esta disciplina pretende “contribuir para o desenvolvimento dos profissionais de saúde como sujeitos autônomos que constroem essa autonomia com base na imaginação de um outro futuro, um outro porvir, diferente, qualitativamente melhor, do contexto em que se vive atualmente (L'ABBATE, 1994, p.481).

Para Lima et al. (2000), existe uma significativa interseção entre a Promoção da Saúde e a Educação em Saúde: ambas objetivam o bem-estar global por meio do aumento do nível de saúde da população e da redução das iniquidades. Na Promoção da Saúde faz-se necessária a

construção de uma cultura em saúde e o empowerment da comunidade, além do desenvolvimento de habilidades individuais para possibilitar a participação efetiva, qualificada e ética na vida social e, portanto, a cidadania ativa, bem como a luta por direitos sociais e contra as barreiras econômicas e políticas.

Segundo o relatório da III Conferência Nacional de Saúde Bucal, a Educação em Saúde Bucal “compreende ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como a possibilitar ao usuário mudar hábitos, apoiando-o na conquista de sua autonomia” (BRASIL, 2005). Tal documento ressaltou ainda que o desenvolvimento de novas práticas de educação em saúde exige mudanças que envolvem um processo complexo que passa pela formação de profissionais; pelo modelo de atenção à saúde adotado no município; educação dos trabalhadores de saúde e sujeitos-chave em saúde (professores, ACS, merendeiras,...); acesso à educação formal dos cidadãos; pela inserção da educação em saúde em currículos escolares formais; implantação nas escolas e unidades de saúde de espaços adequados para algumas atividades em saúde bucal; disponibilização de material para higiene bucal, adequação da merenda escolar; inserção de técnicos para desenvolvimento de ações coletivas em saúde bucal; ampla divulgação de indicadores epidemiológicos; divulgação na mídia escrita, falada e eletrônica de ações positivas em saúde bucal, entre tantas outras ações (BRASIL, 2005).

Para se estabelecer o processo de aprendizagem, há necessidade de uma relação horizontal (vínculo) entre o sujeito que educa e o sujeito que se propõe educar, valorizando a fala e a escuta, avançando para além das tradicionais técnicas de transmissão. O objetivo é a construção de novos valores, adquiridos a partir da reflexão de problemas concretos, em espaços reais, ou seja, baseados na problematização sobre o cotidiano de cada território, nos quais as pessoas vivem, trabalham, relacionam-se, adoecem, são felizes ou tristes, na perspectiva da autonomização dos sujeitos (SANTOS, 2006).

Besen et al. (2007) entendem que dedicar um espaço da Educação em Saúde para trabalhar questões que vão além do biológico com a população propulsionará o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde mediante o processo de empowerment e luta pelo alcance de estratégias que permitam um maior controle sobre suas condições de vida, individual e coletivamente.

Ao longo de sua história, as ações educativas na área da Odontologia basearam-se na evolução do processo saúde-doença, procurando atuar também preventivamente, intervindo o mais precocemente possível. Sua forma de atuação tem como objetivo diminuir as diferenças no estado de saúde e assegurar a igualdade de oportunidades, promovendo os meios que permitam que toda a população desenvolva ao máximo a sua saúde em potencial. Isso implica numa base sólida que ofereça acesso à informação e permita adquirir aptidões corretas em termos de saúde. Desse modo, a população estará capacitada a alcançar sua plena saúde potencial, uma vez que detém o controle dos fatores que determinam o próprio estado de saúde de cada indivíduo. A promoção de saúde busca fazer com que as escolhas mais saudáveis se tornem as mais fáceis, utilizando o instrumento de transformação social que é a educação. E não apenas a educação formal, mas toda a ação educativa que propicie a reformulação de hábitos, a aceitação de novos valores e o estímulo à criatividade (BASTOS; PERES; RAMIRES, 2003).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 1984) a educação em saúde é definida como qualquer atividade educacional que visa alcançar uma meta relacionada à saúde. Esta atividade pode ser dirigida a pessoas, grupos ou mesmo populações. Há três domínios principais de aprendizagem:

- Cognitivo: compreensão do conhecimento factual.
- Afetivo: emoções, sentimentos e crenças associados com a saúde.
- Comportamental: que envolve compreensão conhecimento factual.

Daly et al. (2013, p.126) salientam que o “conhecimento, atitudes e comportamentos se relacionam dinamicamente”. Entretanto, os seres humanos não são puramente racionais em seus pensamentos sentimentos e ações. Pode-se observar que a maioria dos fumantes conhecem os prejuízos do tabaco mas esse “conhecimento” não os impedem de fumar. Quando o conhecimento entra em conflito com o comportamento ocorre uma dissonância cognitiva. É essencial que as mensagens destinadas ao público sejam cientificamente consistentes e claras (DALY et al., 2013).

No âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, no contexto do SUS, a educação é construída pelo sujeito na sua relação com os outros e com o mundo. É um instrumento de transformação social quando proporciona a formação do homem, o agente de mudança, crítico, criativo, reflexivo, capaz de assumir no conjunto das lutas sociais a sua condição de agente ativo de transformação da sociedade e de si próprio, na conquista de direitos e justiça social e na adoção de novas práticas de

interlocução, participação e articulação das ações para além dos espaços institucionais (BRASIL, 2012).

Partindo desse contexto, educação em saúde deve tornar-se um dos instrumentos de formação para uma nova cultura política de participação popular e de exercício de cidadania, de forma individual ou coletiva, na superação das desigualdades econômicas e sociais existentes, que restringem a melhoria nos padrões de saúde em nosso país (BRASIL, 2012).

A educação em saúde enfatiza a importância de se identificar a saúde bucal como responsabilidade das esferas municipal, estadual e federal na formulação das políticas de formação, indissociável da saúde geral das pessoas e como um direito de cidadania, possibilitando a ação da sociedade na formulação das políticas de saúde bucal, dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde, para modificar o atual modelo assistencial apenas curativo, além de mutilador, de alto custo, baixa cobertura e impacto epidemiológico, com exclusão de uma parcela significativa da população. Deve-se, portanto, afirmar categoricamente a saúde como direito humano fundamental para todos, qualificar os processos de educação como meio de fortalecimento do controle social do SUS, lutar pela adoção de políticas públicas capazes de diminuir as desigualdades sociais e econômicas do país na implementação da justiça social, dentre outras ações, com o propósito de transformar a realidade, as relações, a estrutura, a sociedade (BRASIL, 2004).

A reorganização dos serviços é uma das estratégias para viabilizar ações de promoção da saúde, assim como as mudanças na formação e nas atitudes dos profissionais são requisitos para que as necessidades do indivíduo sejam vistas de uma forma integral. Em todas essas estratégias a educação em saúde torna-se uma ação fundamental para garantir a promoção, a qualidade de vida e a saúde (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Segundo a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (2012, p. 5):

A Educação Popular é compreendida como perspectiva teórica orientada para a prática educativa e o trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa e à superação das desigualdades sociais. A cultura popular é valorizada pelo respeito às iniciativas, idéias, sentimentos e interesses de todas as pessoas, bem como na inclusão de tais elementos como fios

condutores do processo de construção do trabalho e da formação.

A educação popular pode ser um instrumento auxiliar na incorporação de novas práticas por profissionais e serviços de saúde. Sua concepção teórica, valorizando saber do outro, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva, tem sido utilizada pelos serviços, visando um novo entendimento das ações de saúde como ações educativas (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

A educação em saúde no Brasil apresenta alguns marcos políticos e legais que a fortaleceram ao longo do tempo.

1.2 MARCOS POLÍTICOS E LEGAIS

A Primeira Conferência Internacional de Promoção de Saúde realizada pela Organização Mundial da Saúde, em Ottawa, no Canadá, em 1986, identificou pré-requisitos para a saúde entre os quais a paz, ecossistemas estáveis, justiça social e equidade e recursos como educação, alimentação e renda. Estabeleceu também cinco campos de ação para a Promoção da Saúde: a construção e implementação de políticas públicas e saudáveis, o desenvolvimento de habilidades individuais, o reforço da ação comunitária, a reorientação dos serviços de saúde e criação de ambientes favoráveis à saúde (WHO, 1986).

No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no mesmo ano, 1986, refere um conceito de saúde descrito de uma forma mais abrangente, como:

resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 2013, p.4).

Neste conceito observa-se a saúde e a doença sendo abordados como um processo, como fenômenos resultantes de múltiplos determinantes. Esta forma de abordagem do processo saúde-doença também foi consagrada na Constituição Brasileira (1988) que considera a saúde como um direito de todos e como dever do Estado, enfatizando a importância da participação da comunidade para garanti-la (BRASIL, 1998). O SUS, a partir de 1988, tem-se indicado para o campo da Saúde Coletiva o desafio de concretizar os princípios da universalidade,

equidade, descentralização, integralidade e controle social e político no dia-a-dia dos serviços.

Para a saúde bucal, este conceito se reafirma. Conforme a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (1993, p.4)

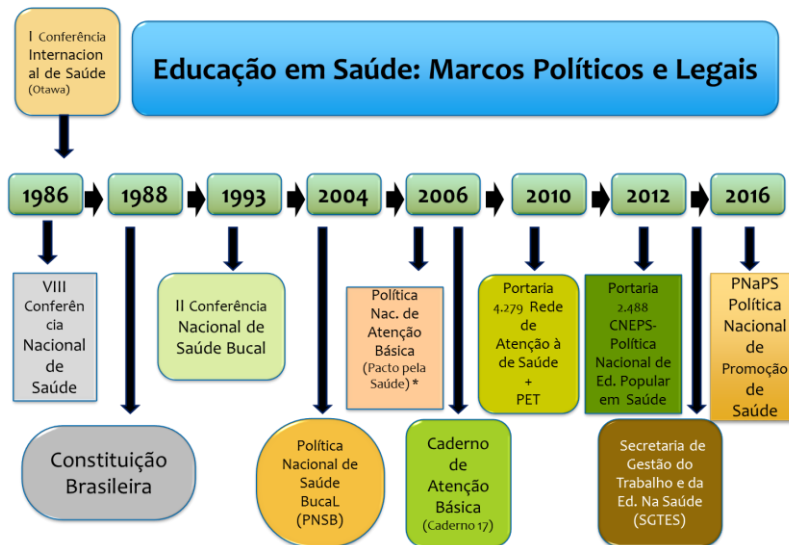
(...) a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, acesso e posse da terra, aos serviços de saúde e à informação.

Albuquerque e Stotz, em 2004, argumentavam que a definição de uma política municipal de educação em saúde, especialmente pautada pelos princípios da educação popular, teria papel importante de induzir novas práticas nos serviços de saúde propiciando uma valorização do saber popular do usuário, fazendo ver aos profissionais o caráter educativo das ações de saúde, facilitando a participação de importantes atores sociais da comunidade no processo de construção da saúde.

As políticas públicas para a construção da cidadania com inclusão social necessitam, seja no plano individual ou coletivo, de ações de diversos setores, implementadas de forma integrada pelas três esferas de governo e pelo conjunto da sociedade. Para tanto, se fez necessária a efetiva elaboração de uma política de saúde bucal baseada nos princípios e diretrizes do SUS, construída numa base de inclusão e diálogo entre os setores envolvidos, visando à promoção da saúde, educação e reabilitação (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Saúde Bucal, sugeriu que essa articulação estivesse a cargo de comissões intersetoriais, de âmbito nacional, elaborada em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde, junto com ministérios e órgãos competentes de governo e instituições de ensino profissional e superior, como recursos humanos e ciência e tecnologia que são atividades ligadas às universidades e aos centros de formação e especialização, à saúde do trabalhador e à saúde escolar, criando e proporcionando uma interface com os ministérios do Trabalho e Emprego e Assistência Social, dentre outras, devendo todas essas articulações serem supervisionadas pelos conselhos de saúde de cada região, junto às comissões intersetoriais nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal (BRASIL, 2004).

Figura 1 – Cronologia dos Marcos Políticos e Legais da Educação em Saúde no Brasil.



Fonte: Elaborado pela autora

Um avanço para impulsionar as práticas de educação em saúde no SUS ocorreu em 2006, quando foi lançado o Pacto pela Saúde para incrementar a sintonia entre as esferas estaduais e municipais, que contem: o Pacto pela Vida, o Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Este último define a responsabilidade sanitária de cada instância de Gestão do SUS e estabelece as diretrizes de gestão para a descentralização, a regionalização, o financiamento, a propagação pactuada e integrada, a regulação, a participação e o controle social, o planejamento, a gestão do trabalho e a educação em saúde.

A Política Nacional de Saúde Bucal sugere ações de promoção e proteção de saúde no nível individual e coletivo. Afirma que essas ações incluem apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, fatores de risco e de proteção à saúde bucal, mudanças de hábitos e construção da autonomia. Esta Política considera diferenças sociais, peculiaridades culturais ao abordar aspectos alimentação saudável, higiene e autocuidado. Ainda sugere que os conteúdos de educação em saúde sejam integrados com as demais áreas, mediante abordagem multiprofissional e caráter interdisciplinar (BRASIL, 2004).

As atribuições do cirurgião-dentista (CD) na ESF, referentes à Educação e Saúde publicadas, segundo o Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal são: realizar atenção integral em saúde bucal individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com o planejamento local, com resolubilidade, coordenar e participar de ações coletivas voltadas a promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais e acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar. (BRASIL, 2006).

No ano de 2012, o Ministério da saúde lançou a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS). Esta política reafirma os princípios do SUS e o compromisso com o direito à saúde mediante a implementação de políticas que contribuam para a melhoria na qualidade de vida e diminuição das desigualdades sociais, alicerçadas na ampliação da democracia participativa no setor saúde. É importante ressaltar que a Educação em Saúde norteadas pela PNEPS, além de promover a valorização do saber das classes populares, procura instrumentalizá-lo para a transformação de sua realidade e de si mesmo. Procura também possibilitar participação crítica e ativa nas ações e políticas de saúde, assim como para o desenvolvimento contínuo de competências e habilidades humanas e técnicas do trabalhador em

saúde, possibilitando que este exerça uma ação multidimensional e intercomplementares, de base populacional (BRASIL, 2012).

A PNEPS orienta que os processos educativos e de trabalho social sejam emancipatórios e direcionados à promoção da autonomia das pessoas; à horizontalidade entre os saberes técnico-científicos; à formação da consciência crítica à cidadania; ao respeito às diversas formas de vida; à superação das desigualdades sociais e toda forma de discriminação, violência e opressão (BRASIL, 2012).

Assim, a Educação Popular se constitui inicialmente no Brasil, como um movimento libertário, trazendo uma perspectiva teórico-prática ancorada em princípios éticos potencializadores das relações humanas forjadas no ato de educar, mediadas pela solidariedade e pelo comprometimento com as classes populares (BRASIL, 2012).

O processo histórico da Educação Popular se constitui como elemento inspirador de formas participativas, críticas e integrativas de pensar e fazer saúde, seus conhecimentos técnicos, metodológicos e éticos são significativos para o processo atual de implementação do SUS. Na área da saúde, movimentos e coletivos vêm promovendo reflexões, construindo conhecimentos e ações num processo de diálogo entre serviços, movimentos populares e espaços acadêmicos, para contribuir com a consolidação de um projeto de sociedade e de saúde mais justo e equânime (BRASIL, 2012, p.3).

Em alinhamento com esta proposta, no ano de 2012, o Ministério da Saúde definiu como objetivo estratégico da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) “contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde” (BRASIL, 2012), enfatizando que todos os programas e ações desenvolvidos devem convergir para a consolidação de políticas para a formação, educação permanente, valorização do trabalhadores e democratização das relações de trabalho no SUS.

A Política Nacional de Promoção da Saúde – em seu processo de implementação nas várias esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor Sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade – vem para provocar mudanças nos modos de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde. Esta política ao propor mudanças no trabalho em saúde com vistas a promover a saúde e a qualidade de vida, está em conformidade com a Declaração de

Adelaide (2010) e com a Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas (2013) (BRASIL, 2014).

Capítulo 2 – PERCURSO METODOLÓGICO

2.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, descritivo, analítico ancorado na Teoria Fundamentada nos Dados. Nessa abordagem, procura-se responder questões sociais por meio do envolvimento direto dos participantes da pesquisa no processo de levantamento de dados, principalmente por investigar fenômenos de grupos humanos, os seus significados, motivos, aspirações, crenças, valores, sentimentos e práticas, tendo como fontes cenas e cenários da vida dos sujeitos. Ou seja, esta forma de pesquisa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado (GRISOTTI; PATRÍCIO, 2006; BOGDAN; BIKLEN, 1999; MINAYO et al., 1994).

A abordagem qualitativa possibilita a compreensão da realidade humana em seu contexto social, pois se refere ao universo de significados, motivos, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1998). Busca-se uma profunda compreensão de determinados fenômenos sociais embasados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo dos fenômenos complexos e únicos, enfatizando as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser (HAGUETTE, 1992).

O processo investigativo ancorou-se na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), também chamada *Grounded Theory* (GT), originalmente desenvolvido pelos sociólogos norte-americanos, Barney Glaser e Anselm Strauss (1967), apresentado na obra *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Seu principal objetivo é gerar teorias a respeito de fenômenos sociais, ou seja, desenvolver um nível elevado de entendimento que é “fundamentado” em, ou derivado de uma análise sistemática de dados. A TFD é apropriada quando o estudo das interações sociais ou experiências visam explicar um processo, não para testar ou verificar uma teoria existente. Pesquisadores abordam a questão com interesses disciplinares, os pressupostos de fundo e uma familiaridade com a literatura sobre o tema, mas eles não desenvolveram e nem testaram hipóteses. Em vez

disso, a teoria emerge através de uma detalhada e cuidadosa análise dos dados (LINGARD; ALBERT; LEVINSON, 2008).

A linha metodológica da TFD tem suas raízes no Interacionismo Simbólico, visto que um de seus autores, Anselm Strauss, realizou sua formação na Universidade de Chicago, escola com forte tradição em pesquisa qualitativa em ciências sociais (STRAUSS; CORBIN, 2008). Strauss acrescentou à TFD o interesse pelos significados dos processos sociais subjetivos, baseados no uso da linguagem, emergentes da ação (CHARMAZ, 2009).

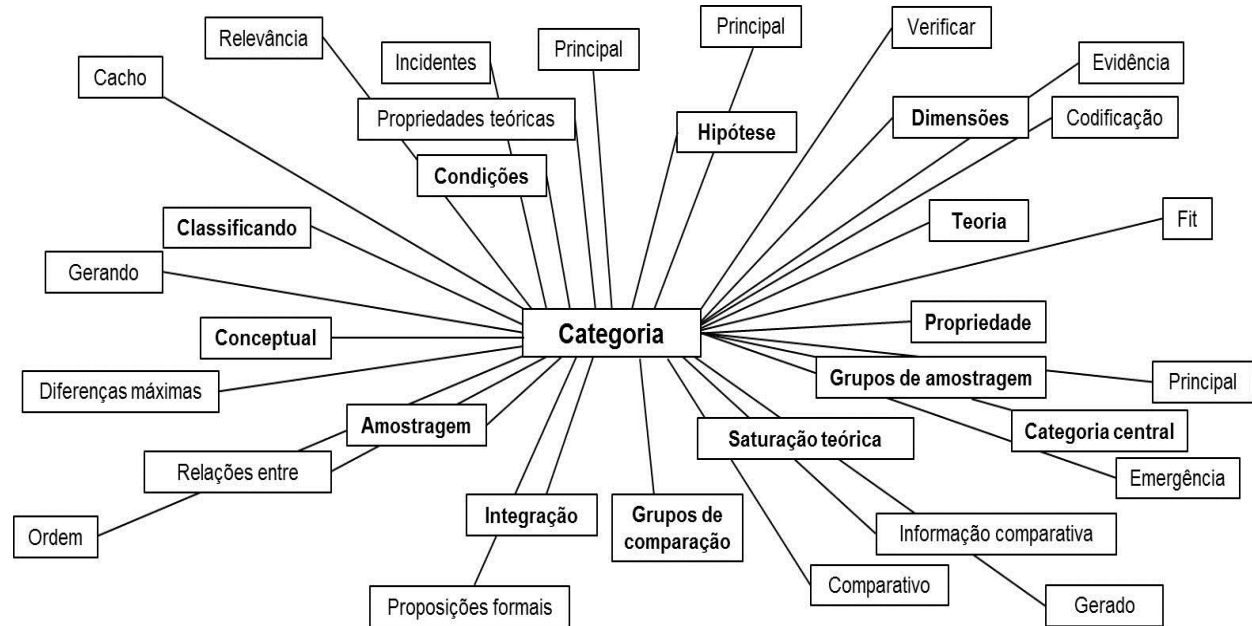
A utilização da TFD como método é considerada adequado quando existe a pretensão de compreender a realidade, as atitudes dos seres humanos, os significados atribuídos às situações, interações e experiências de suas vidas nos aspectos subjetivos do seu cotidiano (BAGGIO; ERDMANN, 2011).

A TFD permite formular abstrações ordenadas a partir dos dados recolhidos da vida real. Seguindo esse referencial, é possível elaborar uma teoria, relevante e funcional, frente às inquietações em direção à compreensão do significado das práticas de educação em saúde bucal. O objeto da investigação na TFD denota uma estrutura, pessoas, práticas, um processo e consequências deles derivadas. Embora todos possam variar, mantêm entre si relação de constância e o fenômeno no seu todo apresenta capacidade de desenvolver-se continuamente. Para responder por essa realidade, o método da TFD constitui plataforma suficientemente ampla e ajustada. É o esforço para levar o concreto a um grau de abstração (MELLO; ERDMANN, 2007).

A TFD propõe a construção de teoria derivada dos dados sistematicamente reunidos e analisados por meio de processo de pesquisa e requer estreita interação entre o investigador e os dados. O método exige o exercício do pensamento criativo no processo de teorização, devendo o investigador ter a capacidade de retroceder e analisar situações de forma crítica e reflexiva; ter sensibilidade às palavras, às ações dos informantes e perceber as tendências que os dados apontam; ter sensibilidade aguçada para elaborar perguntas pertinentes e estimulantes aos participantes; ter capacidade de pensar o abstrato, de reconhecer/ perceber além do óbvio; ser flexível e aberto a críticas, além de ter capacidade de interpretar os dados indutiva e dedutivamente, nomear categorias adequadamente, realizar comparações entre as diversas categorias e criar um esquema analítico interpretativo inovador (STRAUSS; CORBIN, 2002, 2008; CHARMAZ, 2009).

O resultado deste processo é uma teoria que emerge das relações estabelecidas entre os conceitos descobertos, sobretudo àquelas relativas a fenômenos específicos (STRAUSS; CORBIN, 2002, 2008).

Figura 2 – Termos associados com as categorias durante a descoberta da teoria



Fonte: GIBSON; HARTMAN, 2014. (Tradução da autora).

A utilização da TFD na área de saúde bucal pode contribuir para acrescentar conhecimento aos assuntos que ainda não foram explorados qualitativamente ou que necessitam adquirir contribuições originais. Este método é de enorme contribuição para os profissionais de saúde e para as questões norteadoras das Políticas de Saúde, inclusive as de saúde bucal (NICO et al., 2007).

Estes procedimentos, como em outros métodos de investigação qualitativos são mediados pela sensibilidade teórica do pesquisador guiadas por regras de codificações (quadro 1).

Quadro 1 Regras de codificação na Sensibilidade Teórica

- O que é este estudo de dados?
- Ao olhar para um incidente de dados deve-se perguntar qual categoria ele indica?
- Ao pensar em incidentes podemos indagar sobre propriedade de uma categoria, ou que parte da teoria emergente que esse incidente indica?
- A leitura dos dados envolvidos, questionando o que estava acontecendo nos dados (nas palavras de Lazarsfeld, à procura de um constructo latente)?
- A codificação aberta também envolveu o questionamento sobre o que o(s) problema(s) básico(s) social e psicológico(s)

Fonte: GIBSON, HARTMAN, 2014. (Tradução da autora).

De acordo com Gibson (2014), o pesquisador também pode precisar voltar atrás e coletar mais dados e realizar mais codificação, com ênfase no desenvolvimento e aprofundamento da teoria.

2.2. LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa se desenvolveu no município de Florianópolis, estado de Santa Catarina. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, este município possui 100% de cobertura de ESF, conta com 49 Centros de Saúde (CS), divididos em 5 distritos sanitários. Em consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, verificou-se a existência de 112 equipes de saúde da família, no ano de 2014.

Todos os CS possuem atendimento odontológico e as equipes de saúde bucal (modalidade I e II) realizam atendimento clínico odontológico, atividades educativo-preventivas em escolas e outros equipamentos sociais, grupos diversos, visitas domiciliares, bem como participam de reuniões de planejamento de área e do CS.

2.3. PARTICIPANTES

Fizeram parte do estudo membros da equipe de saúde bucal vinculada à ESF (cirurgiões-dentistas, técnicos de saúde bucal e auxiliar de saúde bucal) e demais profissionais, a saber: médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, técnicos em enfermagem.

Outros atores relacionados ao fenômeno foram elencados e convidados a participar como gestores de nível central da Secretaria de Saúde.

O processo para compor a amostra na TFD, denomina-se Amostragem Teórica. Baggio e Erdmann (2011) enfatizaram que a amostragem se desenvolve durante o processo de pesquisa, não sendo determinada previamente à investigação. Assim, é a análise dos dados que determina o tamanho da amostra. A amostra do estudo é constituída por grupos amostrais. O conhecimento prévio dos problemas de pesquisa permite determinar os participantes dos grupos amostrais. Só primeiro grupo amostral se define no percurso do processo de entrevistar e analisar até emergir as hipóteses. O grupo amostral deve ser representativo e relevante quanto ao propósito de investigação, sendo ajustado com base nas hipóteses levantadas e necessidades de investigação do fenômeno, ou seja, novos grupos são definidos e incorporados ao processo, mantendo-se o comportamento ético em pesquisa (BAGGIO; ERDMANN, 2011).

Os grupos amostrais foram sendo selecionados, progressivamente. Assim, da análise dos dados do primeiro grupo

amostral e da geração hipóteses, encaminhou-se à formação do próximo grupo amostral, e assim seguindo-se sucessivamente até a chegar à saturação dos dados e formulação do modelo teórico.

O conhecimento prévio do problema de pesquisa permite determinar os participantes dos primeiros grupos amostrais.

Os critérios de inclusão foram: a) estar exercendo atividades na ESF ou na gestão da SMS durante o ano de 2014; b) atuar em educação em saúde no âmbito coletivo. Como critério de exclusão, estipulou-se a não participação voluntária deste estudo e aqueles profissionais que estavam afastados de suas atividades. A técnica de inclusão dos participantes empregada foi a “Bola de Neve”, método baseado na indicação intencional de um ou mais indivíduos. Essas pessoas, por sua vez, são incumbidas de indicar a partir de seus contatos outros participantes para compor a amostra. Segue-se assim, sucessivamente, até que se alcance o tamanho amostral desejado. Tem-se conhecimento somente de que a probabilidade de seleção é maior para aqueles com uma rede social maior (Salganik e Heckathorn, 2004).

O primeiro grupo amostral foi selecionado considerando seu ambiente de trabalho e suas ações de Educação em Saúde no âmbito coletivo. Foi composto por profissionais membros da equipe de saúde bucal (cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares). Os participantes foram escolhidos intencionalmente a partir de uma lista com o nome e o Centro de Saúde ao qual estavam vinculados. Este grupo amostral contou com 11 entrevistados, sendo eles cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal.

As hipóteses geradas a partir da análise do primeiro grupo amostral, qual seja, os significados de educação em saúde bucal para os CD, técnicos e auxiliares em saúde bucal, nos levou a investigar os demais profissionais da saúde pertencentes ao segundo grupo amostral.

O segundo grupo amostral foi composto por cinco gestores do nível central da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. No primeiro e segundo grupo, uma participante foi entrevistada duas vezes pois, no início do ano de 2014 atuava como CD e posteriormente quando compomos o segundo grupo amostral atuava como Gestora na SMS.

Quadro 2 Descrição dos participantes deste estudo

	Participantes	Profissão	Pós-graduação	Idade	Sexo
1	Cambridge	ASB/THD	Não	30	F
2	Brigton	ASB	Não	35	F
3	Bristol	THD	Não	41	F
4	Newcastle	CD	Não	42	F
5	Nottiningham	CD	Sim	43	F
6	Brigton	CD	Sim	33	F
7	Oxford	CD	Sim	50	F
8	Dover	CD	Não	32	F
9	Reading	CD	Não	28	M
10	Winchester	CD	Sim	66	M
11	Belfast	CD	Sim	42	M
12	Leicester	Gestora/CD	Sim	43	F
13	Londres	Gestora/CD	Sim	49	F
14	Liverpool	Gestora/CD	Sim	32	F
15	Manchester	Gestora/CD	Sim	50	F
16	Leeds	Gestora/CD	Sim	35	F
17	Sheffield	Gestora	Sim	36	F
18	York	Médica	Sim	33	F
19	Bristol	Médico	Sim	37	M
20	Glasgow	Médico	Sim	31	M
21	Endiburgo	Médico	Sim	35	M
22	Dundee	Enfermeiro	Não	47	M
23	Cardiff	Nutricionista	Sim	30	F
24	Cardigan	Ass. Social	Sim	43	F

Fonte: Elaboração da autora.

O último grupo amostral foi composto no sentido de contemplar os demais profissionais vinculados de alguma forma à ESF, sendo, portanto, entrevistados os vencedores da terceira edição do prêmio Boas Práticas em Saúde do Município de Florianópolis. Este terceiro grupo contou com sete participantes.

A saturação teórica se deu quando os incidentes e códigos começaram a ser repetidos pelos participantes.

2.4 COLETA DE DADOS

O trabalho de campo utilizou como técnica de coleta de dados a entrevista aberta (BONI; QUARESMA, 2005) a partir de duas questões norteadoras realizada pela autora principal desta Tese. Estas foram gravadas digitalmente com duração média de 25 minutos e, posteriormente, transcritas na íntegra no software Word®.

As entrevistas foram conduzidas individualmente por meio de roteiro específico para cada grupo amostral (Apêndices 2, 3 e 4), e realizadas entre agosto 2013 e dezembro de 2014. Os participantes foram contatados por e-mail. O primeiro grupo amostral foi entrevistado nas UBS, o segundo nas dependências da SMS e o terceiro durante o evento do Prêmio Boas Práticas em Saúde 3ª Edição, realizado na UFSC.

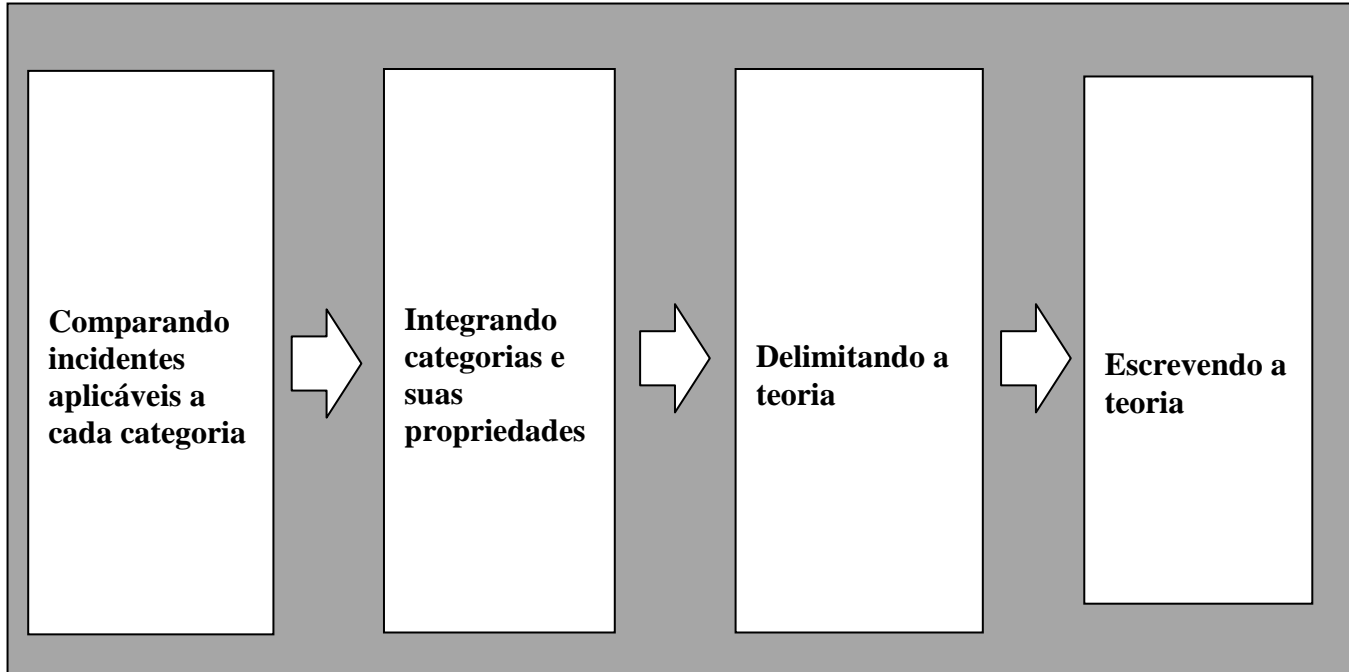
2.5 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram analisadas com o propósito de encontrar os indicadores empíricos definidos como códigos. Para Strauss e Corbin (2008), a codificação compreende o conjunto de operações realizado para a análise dos dados que se distingue em três tipos: codificação aberta, axial e seletiva.

2.5.1 Análise Comparativa

Os autores da TFD propõem que o modelo teórico representativo do fenômeno seja obtido a partir de procedimentos que se fundamentam num tipo de análise que Glaser e Strauss (1967) denominam de Análise Comparativa. Na Análise Comparativa, os dados são coletados e constantemente comparados entre si, entre eles e os códigos, entre os códigos e os conceitos, entre os conceitos e as categorias. Desta forma, os dados e/ou um grupo de dados são constantemente submetidos a questionamentos e hipóteses em grupos amostrais sucessivos e que, no decorrer da investigação serão testados, tornando o modelo teórico cada vez mais denso. Assim, o processo de tratamento dos dados e os processos analíticos são desenvolvidos concomitantemente, identificando e relacionando similaridades, diferenças e os graus de consistência entre eles (GLASER E STRAUSS, 1967).

Figura 3 – Etapas do processo de investigação guiado pela teoria fundamentada nos dados



2.5.2 Codificação Aberta

Este é o primeiro passo analítico que consiste no processo de separar, examinar, comparar e conceituar os dados brutos. Nesta etapa os dados brutos foram classificados em códigos e, em seguida, examinados e comparados. Para cada incidente, evento ou ideia é dado um nome, formando os códigos preliminares, e em seguida os códigos conceituais. Os códigos preliminares são produzidos a partir dos dados brutos, que são examinados linha por linha com o objetivo de encontrar sentido às frases.

Durante o processo de codificação aberta, o texto da entrevista foi analisado para a elaboração dos códigos (Quadro 2). Para identificar futuramente a origem destes códigos (o grupo e o entrevistado ao qual aquele código pertence) foram digitados ao lado números e letras seguindo o exemplo:(G1.6 - p.30), onde G1, significa o primeiro grupo amostral; o número 6 indica ser o sexto entrevistado deste grupo e p.30 indica a trigésima página da entrevista transcrita.

A seguir, os códigos preliminares foram reunidos, por similaridades e diferenças, dando oportunidade de elaborar os códigos conceituais, constituindo o segundo passo da análise. Segue-se a análise com o agrupamento de códigos conceituais para formar as categorias (Quadro 3). A definição de uma categoria está relacionada com as características que as compõem e são nomeadas de uma forma mais abstrata, considerando os dados que representam. Categorias são elementos de um modelo teórico que se relacionam sistematicamente (GLASER e STRAUSS, 1967).

Quadro 3 – Exemplo do processo de codificação do conteúdo das entrevistas

ENTREVISTAS	CÓDIGOS
<p>Educação, para mim, é um processo que envolve sim aprendizagem, mas que envolve diferentes sujeitos, e que é necessário considerar que esses sujeitos não é que um sabe e o outro não sabe, todo mundo sabe coisas diferentes e que nesse processo, nessa interação, a partir do que cada um sabe de diferente é que se constrói um conhecimento. E a saúde pra mim, eu sempre levo em consideração a saúde em um sentido ampliado, porque a saúde não é só ausência de doença, e sim tem que considerar outros fatores que estão no meio interferindo na saúde, Lazer, renda, educação, transporte, cultura e etc. Na minha visão como profissional de saúde, como gestora, educação em saúde tu tem que casar essas duas coisas, né? É trabalhar com o indivíduo, ou maior ainda, no macro, com as comunidades, para que exista o “empoderamento” dos conceitos envolvidos nesse “processos saúde e doença”, para que esses sujeitos, eles consigam a partir daquele conhecimento que eles ajudaram a construir, favorecer que eles tomem as escolhas saudáveis, que propicie que eles possam definir e ter estilos de vida mais saudáveis e fazer escolhas de vida mais saudáveis no seu dia-a-dia que repercutam em benefícios para a sua saúde”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definindo educação como um processo que envolve aprendizagem e diferentes sujeitos. • Considerando que cada sujeito tem conhecimentos diferentes para interagir nesse processo. • Reconhecendo que o conhecimento é construído a partir do saber de cada um. • Considerando saúde num sentido ampliado, uma vez que não é apenas ausência de doença. • Interferindo na saúde lazer, renda, cultura, educação e transporte. • Enfatizando que na visão da gestão e profissional da saúde, Ed. em saúde, significa trabalhar no nível individual e coletivo para que exista o “EMPODERAMENTO” • Conseguindo o EMPODERAMENTO os “sujeitos” fazem escolhas saudáveis a partir dos conceitos que ajudaram a construir. • Fornecendo estilos de vida mais saudáveis a partir das escolhas mais saudáveis no seu dia-a-dia. • Definindo Educação em saúde como um (constructo) conjunto, de acordo com a realidade de cada um.

Fonte: Elaboração da autora.

2.5.3 Codificação Axial e Seletiva

O passo seguinte foi a codificação axial (Figura 4) que consistiu na análise intensa feita em torno de cada categoria produzida na etapa anterior por meio do modelo de codificação. O propósito da codificação seletiva realizada nesta etapa é chegar à categoria central. É a partir dela que o pesquisador irá construir seu modelo teórico. Isso será feito por meio da organização ou articulação constante e contínua entre os componentes da referência teórica, processos chamados de ordenação e integração (GLASER, 2005).

No processo de identificação da categoria central e das categorias é realizada a codificação seletiva, que delimita a codificação somente aos códigos/categorias que se relacionam às categorias encontradas na codificação axial e que mantém relação com o desenvolvimento da categoria central (GLASER, 2005).

O processo de codificação foi descrito por Gibson (2014) como uma etapa que envolve a leitura de dados e codificação de cada incidente nos dados em tantas categorias de análise possível. Estas operações formaram o processo básico em que o pesquisador estaria envolvido enquanto codifica nas fases iniciais (Quadro 4).

Quadro 4 – Codificação durante a análise da teoria fundamentada nos dados.

1. Explorando todos os tipos ou continuação da categoria.
2. Delimitando as dimensões de uma categoria.
3. Delineando as condições em que isso foi pronunciado ou minimizado.
4. Explorando as principais consequências da categoria.
5. Delineando a relação da categoria com outras categorias, e detalhando suas propriedades.
6. Envolvendo integração das categorias e suas propriedades através da comparação de incidente para incidente, à categoria e atribuindo propriedades, incluindo a forma como estes variam entre os grupos em estudo.
7. Desenvolvendo para reduzir e concentrar a teoria em torno de suas principais categorias.
8. Visando o desenvolvimento da teoria de codificação de novas informações sobre a teoria.

Fonte: GIBSON; HARTMAN, 2014. (Tradução da autora).

2.5.4 Categoria Central

A categoria central está integrada com todas as categorias. O que faz com que uma categoria seja considerada central é a capacidade de reunir as categorias para formar um todo significativo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O próximo passo deste processo de tratamento e análise dos dados é a construção de um modelo teórico que represente a realidade e seja compreensível (STRAUSS; CORBIN, 2002).

Para conhecer a categoria central da teoria podemos observar 9 recomendações propostas por Gibson (2014), conforme apresenta o quadro 5.

Quadro 5 – Selecionando a categoria central.

1. A categoria deve ser central, mas relacionada a tantas outras categorias quanto possível. Deve ser dominante e responsável por uma grande parte da variação de um padrão de comportamento.
2. Deve voltar a ocorrer com frequência. Isto conduz à percepção de que é um padrão estável e pode estar relacionado com as outras variáveis.
3. Deve levar mais tempo para se saturar por causa de sua relação com as demais variáveis.
4. Deve ser facilmente relacionado com as outras categorias.
5. O núcleo central deverá permitir o desenvolvimento da teoria, em vez de fazer com que seja difícil.
6. Deve ser altamente variável e deve ter relações frequentes com outras categorias. O núcleo central também deve ser facilmente modificável através destas relações de dependência com outras variáveis.
7. A categoria central deve estar estreitamente relacionada com a dimensão do problema.

Fonte: GIBSON; HARTMAN, 2014. (Tradução da autora).

A teoria fundamentada nos dados (TFD) é aplicada em uma pesquisa qualitativa com o objetivo de investigar e produzir uma teoria a partir dos dados obtidos. Nesta tese, buscou-se construir um modelo teórico substantivo sobre os significados das práticas educativas em

saúde bucal na Estratégia da Saúde da Família. A construção deste arcabouço teórico tem como alicerce a categoria central. É importante ressaltar que uma categoria central pode ser qualquer tipo de código teórico: um processo, uma condição, dimensões, uma consequência, entre outros (GLASER, 1978).

2.5.5 Elaboração de memorandos e diagramas

A produção de memorandos e as representações de diagramas são fundamentais para a análise dos dados na TFD. Devem começar na análise inicial e prosseguir por todo o desenvolvimento do processo da pesquisa (STRAUS; CORBIN, 2008).

A formulação do memorando é a fase intercessora essencial entre a coleta de dados e a redação dos relatos de pesquisa. São redigidos sem formalidades para uso pessoal, podendo ser livres e fluidos (CHARMAZ, 2009). É recomendado que a elaboração de memorandos desde o momento inicial da pesquisa, pois se leva tempo para descobrir as ideias a respeito do que se viu e ouviu, percebeu e codificou, e assim há definição de lugar e espaço para a exploração e descoberta. Isso auxiliará a elucidar e a nortear a próxima codificação.

Neste estudo, elaboramos um total de 28 memorandos, sendo 17 sobre as categorias e suas dimensões, 11 integrando a teoria com a literatura científica durante o processo descrito da elaboração da TFD considerando a sensibilidade teórica da pesquisadora (Quadro 6).

Strauss e Corbin (2008) consideram os diagramas como memorandos visuais. Representam as relações entre conceitos. Tanto os memorandos como os diagramas são formas importantes de manter registros da análise. Ambos auxiliam o pesquisador a ganhar distância analítica dos materiais. Os diagramas desenhando as relações entre os conceitos, diminuem a dificuldade de traduzir a teoria em palavras além de colaborarem com a análise dos dados, possibilitando uma visão geral do esquema teórico.

Quadro 6 Exemplo de memorando produzido durante a análise dos dados

Memorando
Data: 15.05.2015
Título: Fazendo a Diferença em Educação em Saúde Bucal
<p>Esta categoria vem se repetindo em todas as etapas do estudo, nos códigos, componentes, sub-categorias, e categorias, acredito que seja a categoria central pois representa o tema central da investigação e tem o poder de integrar a teoria. Definir “Fazer a Diferença” é muito profundo e complexo, em meu entendimento está relacionado a provocar mudanças, quando você muda alguma coisa, está fazendo a diferença.</p> <p>Podemos encontrar na literatura poucas definições teóricas para compreender o que significa “Fazer a Diferença” e todas estão relacionadas a FAZER O SEU MELHOR. Por exemplo: surpreender, ir além do esperado, possuir foco, motivar pessoas...</p> <p>Em Promoção de Saúde, fazer a diferença é um comportamento/ atitude fundamental. Parece estar em conexão com outras categorias; algo que seja significativo; utilizando-se de estratégias, para planejar e organizar ações/atividades com o objetivo de promover saúde por meio do autocuidado e decisões conscientes empoderamento das pessoas.</p> <p>A partir da expressão dos participantes, pode-se observar que todos estão de alguma forma tentando “Fazer a Diferença” através de suas práticas como agentes de promoção de saúde.</p>

Fonte: elaborado pela autora.

O diagrama representa visualmente as relações entre os conceitos, de forma gráfica. A elaboração de diagramas foi muito enriquecedora nas etapas finais do processo de análise dos dados. Assim como os memorandos, os diagramas evoluíram em profundidade e integração com o desenvolvimento da teoria (Figura 7).

Durante a análise construímos 8 diagramas, os mais importantes estão ilustrando as quatro categorias, os outros constituíram objeto de análise na formulação da teoria e foram reformulados, ou descartados com o desenvolvimento da teoria.

Figura 4 Exemplo de diagrama ilustrando a categoria central e suas dimensões



Fonte: Elaborada pela autora.

2.5.6 Integração, Elaboração do Modelo Teórico e Validação

A integração dos conceitos está centrada na ordenação dos memorandos alinhados com as categorias para compor a análise conceitual. Charmaz (2009) afirma que para realizar a união das partes deve-se, primeiramente, estudar os memorandos e diagramas, posteriormente reuni-los em um esboço inicial que os integre e evidencie as relações existentes entre eles.

Alcançado o modelo teórico o próximo passo é refinar a teoria, verificando a consistência interna e falhas na lógica, removendo os excessos e complementando algumas categorias pouco desenvolvidas, e validar o esquema.

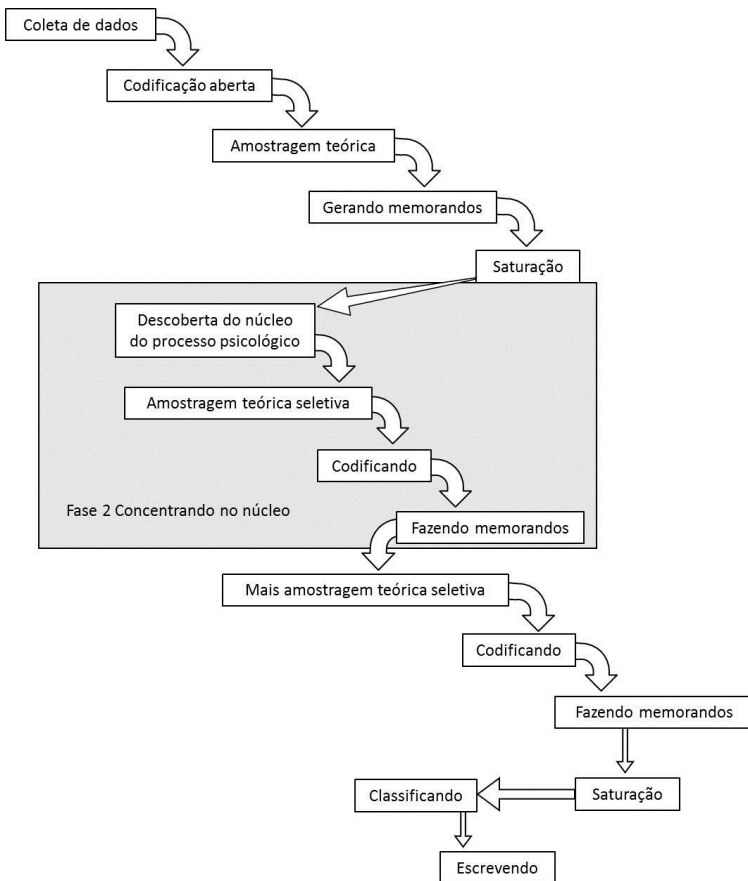
A validação mostra uma interpretação abstrata dos dados brutos, pode ser feita por meio da devolução do modelo elaborado aos sujeitos da pesquisa, momento no qual estes fazem comentários, opinam e reorganizam categorias, se necessário, para que reflita ao máximo suas realidades concretas (STRAUS; CORBIN, 2008).

A validação do modelo é um critério fundamental e de imprescindível importância para consolidar a pesquisa e expressar todo rigor científico necessário à um estudo (STRAUSS; CORBIN, 2008). Após a finalização do modelo teórico, este foi encaminhado para apreciação e validação das categorias com suas relações mútuas e com o fenômeno central do estudo. A validação foi realizada em dois momentos, primeiramente por dois membros expert no método utilizado, e através da revisão da literatura a partir das cinco categorias encontradas na análise.

Durante a validação surgiram algumas sugestões, posteriormente aceitas, determinando a configuração final do modelo teórico. Cabe destacar que durante o estágio doutoral na Universidade de Sheffield, UK, a análise dos dados foi validada junto ao Professor Berry Gibson, autor do livro *Rediscovering Grounded Theory*, permitindo o aprofundamento teórico na TFD bem como a construção de vários memorandos e diagramas, a partir das entrevistas codificadas no Brasil.

Durante o desenvolvimento desta teoria Dr. Gibson sugeriu a leitura de vários artigos, cuja metodologia utilizada foi a TFD, permitindo um aprofundamento no método e nas etapas de análise, conjuntamente com a sensibilidade teórica da pesquisadora.

Figura 5 Desenho esquemático representando o processo de elaborar a Teoria Fundamentada nos Dados considerando a sensibilidade teórica do pesquisador.



Fonte: GIBSON; HARTMAN (2014). Tradução da autora.

Capítulo 3 – APLICAÇÃO DO MODELO TEÓRICO: UMA PROPOSTA DE REVISÃO DA LITERATURA

No intuito de testar a aplicação do modelo teórico emergente deste estudo, realizou-se uma revisão da literatura científica sobre temática da educação em saúde bucal, cujos resultados foram analisados à luz das categorias analíticas construídas ao longo do processo de análise comparativa dos dados.

Foram revisados textos publicados nas bases de dados SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed/MEDLINE e Google acadêmico.

As buscas foram realizadas com objetivo de identificar na literatura as publicações sobre educação em saúde bucal no contexto brasileiro. Para proceder a busca, foram utilizados os termos constants no quadro 9.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: tratar-se de artigos nos publicados nos seguintes idiomas: inglês e português, ser um estudo inédito apresentando texto completo, com abordagem coletiva sobre promoção de saúde e educação em saúde, contemplando metodologias qualitativas, quantitativas e mistas que apresentassem a temática coerente com os objetivos propostos. Os critérios de exclusão foram, as publicações anteriores ao ano de 2004 e estudos realizados a nível individual.

As buscas foram realizadas em outubro de 2015, sendo as mesmas arquivadas para posterior revisão. Todos os títulos dos artigos e respectivos resumos foram lidos e avaliados conforme sua relevância para o estudo. Os resultados obtidos encontram-se no Quadro 7.

Quadro 7 – Resultados da busca bibliográfica realizada segundo as bases de dados consultadas e termos utilizados

Base de dados	Termos utilizados	Referências encontradas
SCIELO	*(health promotion OR health education) AND (primary care OR basic care OR SUS) AND (oral health OR dental health) AND (Brazil*)*	14
PUBMED/ MEDLINE	*(health promotion OR health education) AND (primary care OR basic care OR SUS) AND (oral health OR dental health) AND (Brazil*)*	245
LILACS	(mh:(health education)) AND (mh:(“saúde bucal”)) (Brazil*)* FROM BRAZIL (28) ;	230
GOOGLE ACADEMICO	primary care basic care SUS oral health dental health Brazil (2004 -2015)	2.050/100

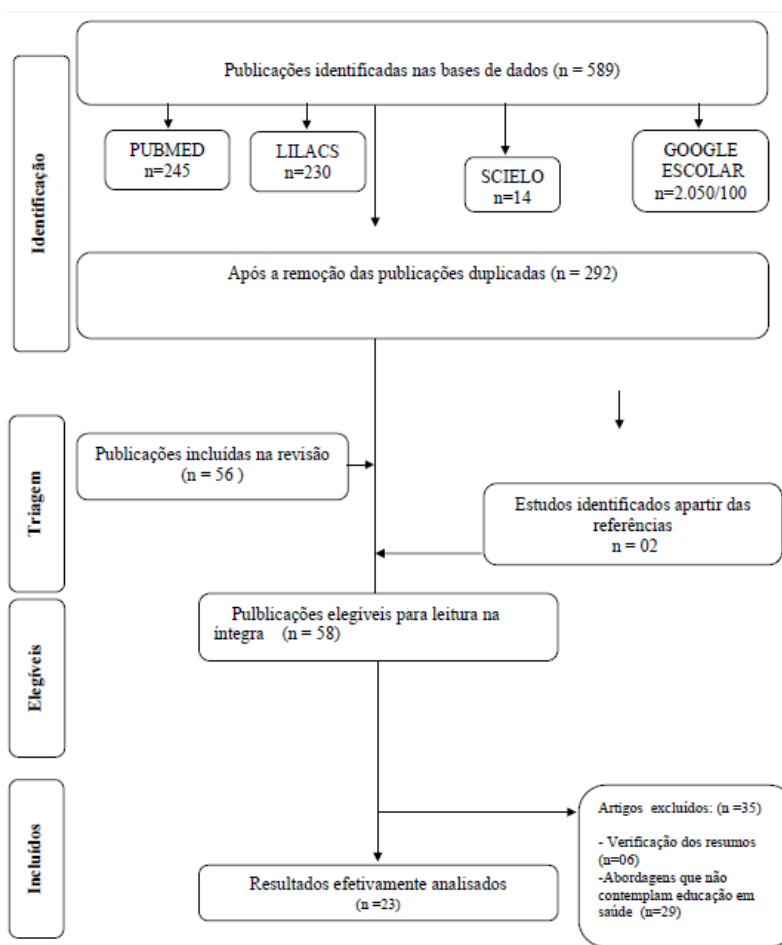
Fonte: Elaborado pelas autoras

3.1. SELEÇÃO DOS ARTIGOS

A seleção dos artigos foi realizada em duas fases, na primeira fase foram lidos todos os títulos e resumos dos bancos de dados eletrônicos e selecionados por dois revisores independentes (PMBA, ALSFM). Foram excluídos os artigos que não contemplaram os critérios de elegibilidade. Na fase dois os mesmos critérios de elegibilidade foram aplicados ao texto na íntegra por um mesmo avaliador (PMBA).

Das 589 publicações identificadas durante pesquisa nos bancos de dados, 292 registros duplicados foram removidos. Após a leitura dos títulos e resumos de 236 estudos, 178 foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão. Assim, 58 artigos foram avaliados para elegibilidade e lidos os textos completos, destes 56 estudos foram selecionados por intermédio dos resumos e 02 estudos identificados a partir de referências. Contudo, 35 artigos completos foram excluídos, 06 após a conferência resumo e 28 por não abordarem questões educacionais de saúde bucal coletiva. Finalmente, 23 estudos foram incluídos na análise de temática.

Figura 6 - Fluxograma da revisão da literatura



F

onte: Elaborado pela autora

Os dados foram digitados em planilha Excel®. Para auxiliar na análise de dados dos artigos selecionados, nesta planilha foram registrados: autores; instituição do autor principal; ano da publicação; tipo de estudo; e desfecho/resultados principais.

Como método de análise utilizou-se Framework Analysis, ou seja, análise temática. Assim, o conteúdo foi analisado segundo as cinco categorias a seguir: **Fazendo a diferença na educação em saúde**

bucal; Motivação empática na educação em saúde bucal; Planejando ações de educação em saúde bucal; Estratégias adotadas nas práticas de educação em saúde bucal; O contexto da promoção da saúde/educação em saúde bucal no Brasil.

O método da análise temática foi desenvolvido pelos pesquisadores, Jane Ritchie e Liz Spencer, da Unidade de Pesquisa Qualitativa no Centro Nacional de Pesquisa Social do Reino Unido no final dos anos de 1980 para ser utilizado em larga escala com pesquisas sobre políticas (RITCHIE; LEWIS, 2003).

A complexidade dos sistemas de saúde e da variedade de perspectivas sobre as questões de saúde demonstra a necessidade de se produzir pesquisas qualitativas de alta qualidade. Quando bem conduzidos, os estudos qualitativos podem explicar fenômenos importantes, relacionados a estudos quantitativos, e assim contribuir para melhoria dos serviços e de saúde e desenvolvimento da política de saúde. O método de análise temática quando selecionado e implantado de forma adequada, pode ser uma ferramenta eficaz para alcançar estes objetivos através de resultados de credibilidade e relevantes (GALE et al., 2013).

O quadro analítico representa um conjunto de códigos organizados em categorias que foram desenvolvidos pelos pesquisadores desta análise e pode ser usado para gerenciar e organizar os dados. O quadro cita uma nova estrutura para os dados e é muito útil para resumir e agrupar os dados de forma que possa responder as perguntas da pesquisa. O procedimento de análise utilizado neste método envolve sete estágios: transcrição; familiarização com os dados; codificação; desenvolvimento de um quadro analítico; avaliação do quadro analítico; tabulação e interpretação dos dados.

3.2. RESULTADOS DA REVISÃO DA LITERATURA DA APLICAÇÃO DO MODELO TEÓRICO

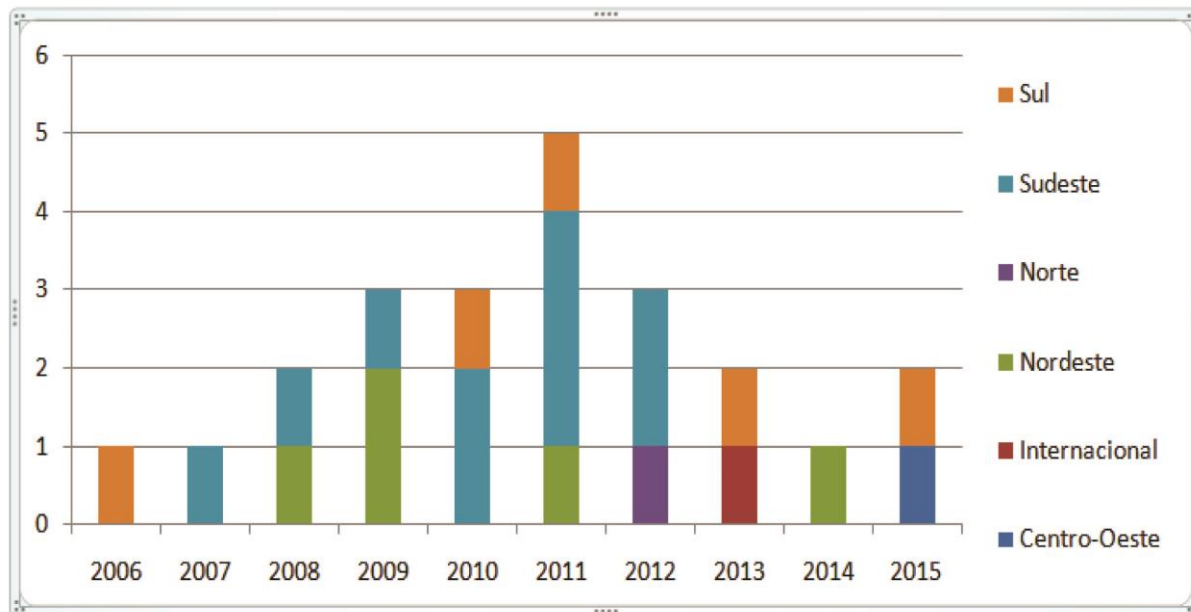
Com relação ao local da instituição do autor principal, as regiões sudeste e nordeste lideram com 9 e 5 artigos sendo (39,13% e 21,73%), respectivamente. A maioria das publicações 15 (65,2%) se concentraram entre os anos de 2009 a 2012 e foram na sua maioria na língua portuguesa 13(56,5%). As publicações foram distribuídas em 14 periódicos distintos, sendo os mais frequentes “Cadernos de Saúde Pública e Ciência e Saúde Coletiva” com 4 (28,57 %) e 5 (35,71%) estudos respectivamente. O tipo de estudo mais frequente foram os estudos de Intervenção com 6 trabalhos (26,08%) (Quadro 8).

Quadro 8 – Resumo das características descritivas dos artigos incluídos (n=23).

Autores	Instituição do autor principal	Ano	Publicação	Tipo de estudo
Pucca-Junior et al	Universidade de Brasília	2015	Journal of Dental Research	Estudo descritivo
Sousa et al	Universidade Federal do Ceará	2014	Brazilian Oral Research	Estudo transversal
Badalotti	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	2013	Revista Brasileira de Promoção de Saúde	Estudo de intervenção
Chaffee et al	Universidade da Califórnia Berkeley	2013	JDR Clinical Research	Estudo de intervenção
Carvalho et al	Universidade do Estado do Amazonas	2012	International Journal of Paediatric Dentistry	Estudo retrospectivo observacional
Tomita et al	Universidade de São Paulo	2012	Brazilian Oral Research	Simpósio de expertises
Turrioni et al	Universidade Federal de São Carlos	2012	Ciência e Saúde Coletiva	Estudo de intervenção
Paim et al	Universidade Federal da Bahia	2011	The Lancet	Revisão da literature
Mialhe et al	Universidade de Campinas	2011	Ciência e Saúde Coletiva	Estudo descritivo
Rodrigues et al	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho	2011	Revista Gaúcha de Odontologia	Estudo de intervenção
Tôrres et al	Universidade Estadual de Campinas	2011	Odontologia Clínica-Científica	Estudo de intervenção

Autores	Instituição do autor principal	Ano	Publicação	Tipo de estudo
Colussi&Calvo	Universidade Federal de Santa Catarina	2011	Caderno de Saúde Pública	Estudo descritivo
Reis et al	Universidade Federal de Juiz de Fora	2010	Ciência e Saúde Coletiva	Revisão da literatura
Santos et al	Escola Técnica do SUS da Prefeitura Municipal de São Paulo	2010	O Mundo da Saúde	Revisão integrativa da literatura
Faccin et al	Universidade Federal de Santa Catarina	2010	Ciência e Saúde Coletiva	Estudo exploratório descritivo
Pucca-Junior et al	Universidade Federal de São Paulo	2009	Brazilian Oral Research	Estudo exploratório
Santos et al	Universidade Federal da Bahia	2009	Revista APS	Estudo de intervenção
Pereira et al	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	2009	Caderno de Saúde pública	Estudo de intervenção
Silva et al	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca	2008	Caderno de Saúde Pública	Revisão da literatura
Almeida & Ferreira	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	2008	Caderno de Saúde pública	Estudo exploratório descritivo
Lemkuhl et al	Universidade Federal de Santa Catarina	2015	Caderno de Saúde Coletiva	Revisão da literatura
Moretti-Pires et al	Universidade de São Paulo	2007	Ciência, Cuidado e Saúde	Estudo transversal
Carvalho et al	Universidade Estadual de Londrina	2006	Revista Espaço para a Saúde	Estudo descritivo

Figura 7- Distribuição dos artigos por região e por ano de publicação.



Fonte: Elaborado pela autora.

Na primeira categoria, Fazendo a diferença na educação em saúde bucal, foram analisados quanto a efetividade das ações e impacto de resultados do estudo.

A maioria dos estudos referiam-se às práticas preventivas coletivas, com foco na educação em saúde e promoção da saúde bucal. Destacam-se fortemente a utilização de técnicas como orientação da higiene bucal, dieta e aplicação tópica de flúor. Os resultados mostram que o acesso aos serviços de saúde bucal e a observância dos princípios da integralidade faziam parte dos desfechos mais investigados, bem como ações para converter um modelo assistencial tradicional de caráter curativista individualista para outro modelo mais democrático e participativo. A melhoria da qualidade de vida, o acolhimento e a afetividade também foram evidenciados. Reflexões sobre o papel dos profissionais da estratégia de saúde da família, principalmente dos agentes comunitários de saúde e educadores que contribuíram com o empoderamento da população também estavam presentes entre as características que fizeram a diferença na educação em saúde bucal.

Na segunda categoria Motivação empática na promoção da saúde bucal, buscou-se analisar as habilidades pessoais, sentimentos, processos de trabalho e carreira. Entre os artigos selecionados, a motivação e a valorização dos recursos humanos, o vínculo entre o profissional e o paciente, e a atuação multiprofissional foram abordados. Entretanto, poucos se referiram ao processo de trabalho dos profissionais de saúde e destacaram a valorização e o respeito aos diferentes saberes em um ambiente de preocupação e empatia.

Foi frequente a importância da capacitação ao trabalho em equipe multidisciplinar, mas apenas um estudo destacou que o isto pode possibilitar aos cirurgiões-dentistas a oportunidade de repensem suas práticas, valores e conhecimentos.

Os dados mostram que houve um aumento do número de cirurgiões-dentistas nos serviços públicos, entretanto estes, não se sentem preparados para promover ações educativas em saúde bucal. Apontam o vínculo e o acolhimento como oportunidades de tornarem as ações mais efetivas. Relatam a motivação e cooperação consciente da família e sociedade para promover o empoderamento e favorecer uma mudança de hábitos. Afirmam que a educação em saúde induz mudanças de comportamento. Reconhecem também a urgência da capacitação dos educadores sobre práticas de saúde bucal (higiene) e o núcleo familiar como essencial na promoção da saúde de seus membros.

Poucos estudos relataram que as atividades de educação em saúde bucal foram desenvolvidas em uma perspectiva multidisciplinar com outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde). Na maioria dos estudos, os cirurgiões-dentistas foram os mais atuantes. Outros trabalhos questionaram a formação tradicional dos agentes comunitários de saúde e propõem melhorar a capacitação dos profissionais através de estratégias democráticas e participativas.

Atividades do Planejamento da educação em saúde bucal incluem a formação profissional e as práticas adotadas ou propostas nos estudos. A maioria dos artigos analisados apontam a educação em saúde bucal como o método mais empregado nas ações de saúde bucal, seguida pela fluoretação das águas. Entretanto, reconheceram que os profissionais possuem pouco conhecimento sobre educação em saúde bucal.

As informações sobre saúde bucal transmitidas em diversas intervenções educativas são importantes, mas insuficientes para promover mudanças nos comportamentos relacionados à saúde bucal, com a consequente melhoria das condições bucais da população.

Ficou evidente no conteúdo dos artigos avaliados que formação acadêmica ainda deixa a desejar, contudo estudantes e professores estão sendo capacitados para novas práticas em saúde.

Os autores reconhecem a necessidade de um planejamento das ações educativas em saúde bucal mais participativo e de cunho interdisciplinar, envolvendo os vários atores. Apenas um trabalho utilizou o conceito ampliado de educação em saúde para avaliar a efetividade das ações educativas em escolares. Valorizaram a capacitação da equipe para planejar as atividades educativas e propuseram a ruptura com isolamento profissional e uma atuação interdisciplinar.

Os espaços onde as atividades educativas foram implementadas variaram, todavia, os grupos realizados nas unidades básicas de saúde e os ambientes escolares, foram os mais apontados.

As Estratégias de educação em saúde bucal incluíram 2 categorias principais de abordagens educacionais.

A abordagem tradicional foi o tipo mais prevalente 12 (52,17%), seguidas por 8 (34,78%) dos estudos analisados os quais adotaram uma abordagem de caráter mais democrático. Apenas em 3 estudos (13,04%) não foi possível identificar esta categoria.

Entre os estudos que optaram por uma abordagem mais tradicional reconhecemos as seguintes características: apesar de citarem as idéias freireanas, a maioria das ações apresentavam o foco na transmissão de conhecimento e valorizavam informações e orientações sobre higiene durante as práticas educativas. Utilizam instrumentos como palestras, escovação supervisionada, manuais de cuidados com orientações de trabalho em equipe e folders.

As estratégias mais democráticas identificadas nos estudos desta revisão, em sua maioria, reconhecem a valorização da saúde bucal, questionam a formação tradicional da equipe de Saúde Bucal, valorizam espaço para troca de experiências e estímulo a participação comunitária e sugerem que para melhorar a saúde bucal no país, deve-se rever as abordagens tradicionais.

Um estudo avaliou a capacitação da comunidade para reduzir as desigualdades em saúde bucal utilizando a perspectiva salutogênica, a qual concentra-se em formar tomadores de decisão e propõe que este processo deva ser interdisciplinar para o empoderamento do indivíduo e da comunidade.

Nos 23 estudos revisados o Contexto da promoção de saúde bucal e educação em saúde bucal foram analisados quanto a implementação das políticas públicas.

Nesta quinta categoria de análise a maioria dos estudos, denunciam a realidade do Brasil, ainda distante das metas propostas pelas políticas públicas de saúde bucal, afirmam que a educação em saúde ainda é um desafio para ser superado, e sugerem que gestores municipais precisam melhorar suas práticas em saúde bucal.

Afirmam que os gestores municipais têm a responsabilidade em formular e executar políticas sociais e econômicas que reduzam riscos de doenças, e promovam acesso universal e igualitário. Reconhecem que a promoção da saúde bucal nas populações pode reduzir a desigualdade em saúde bucal e que as atividades preventivas realizadas com foco na higiene e aplicação tópica de flúor são abordagens tradicionais vinculadas ao modelo curativistas do passado.

Muitos estudos, propõe uma abordagem em saúde, crítico-reflexiva e multiprofissional nas unidades de saúde e outros espaços na comunidade, sugerindo particularmente uma grande ênfase na contratação de profissionais para melhorar o acesso e na capacitação dos agentes comunitários, auxiliares de saúde bucal e demais profissionais envolvidos.

A maioria dos artigos que cita a Política Nacional de Saúde Bucal brasileira, envolve atividades de Promoção de Saúde em níveis individuais e coletivos. A Política Nacional de Saúde Bucal e o Caderno 17 trouxeram avanços no papel da saúde bucal na estratégia da saúde da família, e na implantação do trabalho multidisciplinar. Os documentos orientam as atribuições comuns e específicas dos cirurgiões-dentistas e demais membros da equipe e propõem capacitar equipes para ações educativas e preventivas.

3.3. ASPECTOS ÉTICOS

Foram seguidas todas as orientações constantes da Resolução 466/12, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Este projeto foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, para que tomasse ciência e autorizasse a sua execução mediante a anuência número OE019/SMS/DFMSL/RH/IES/2014 (ANEXO A). Este projeto havia sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC e aprovado sob o nº 422188/2011 (ANEXO B).

Aos participantes da pesquisa foram esclarecidos os objetivos e a metodologia proposta, bem como lhes foi assegurado o direito de acesso aos dados e sigilo de identidade. Foram solicitados a manifestar seu consentimento por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Nas pesquisas que utilizam o referencial metodológico da TFD, os participantes podem ser denominados por nomes fictícios sejam eles nomes de flores, pássaros, pedras preciosas, cidades, etc. Neste estudo, foram atribuídos os nomes das cidades da Inglaterra em virtude da análise dos dados terem sido realizados durante o estágio doutoral como parte do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE), financiada pela CAPES.

Capítulo 4 – RESULTADOS

Este capítulo apresenta o resultado da análise dos dados com o objetivo de compreender os significados da educação em saúde, bem como o modo como estes influenciam nas práticas educativas, formulando um modelo teórico sobre as práticas de educação em saúde bucal na ESF.

A teoria visa explicar as ações e interações dos participantes na Educação em Saúde Bucal a partir das percepções e significados que estes lhe atribuem. As categorias que emergiram dos dados e fundamentaram esta teoria são: Fazendo a diferença na Educação em Saúde Bucal; Motivação empática nas ações de Educação em Saúde Bucal; Planejando ações de Educação em Saúde Bucal e Estratégias adotadas nas práticas de Educação em Saúde Bucal (Quadro 4).

O capítulo é composto dos tópicos 4.1 que apresenta o Processo Social Básico (PSB) e a categoria central sob qual converge as demais categorias Fazendo a diferença na Educação em Saúde Bucal; analisando os condicionantes internos que influenciam as ações e interações da categoria central; 4.2 que apresenta a categoria Motivação Empática nas ações de Educação em Saúde Bucal, a partir de suas dimensões, suas estratégias de ação e interação assim como seus efeitos emergentes; 4.3, que apresenta a categoria Planejando ações de Educação em Saúde Bucal; e por fim, o item 4.4, que apresenta a categoria Estratégias adotadas nas práticas de Educação em Saúde Bucal.

Quadro 9 – Categorias que emergiram do processo de análise e suas dimensões.

CATEGORIAS		DIMENSÕES
CATEGORIA CENTRAL	Fazendo A Diferença Na Educação Em Saúde Bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Práticas em Educação e Saúde Bucal (Métodos paternalísticos para evangelizar em saúde e Métodos participativos para cultivar a saúde) • Alcance em abordagens individuais e coletivas • Foco em promoção de saúde bucal e educação em saúde • Técnicas e tecnologias em Promoção da saúde e prevenção de doenças
	Motivação empática na educação em saúde bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Sendo valorizados e reconhecidos • Motivação para a mudança de hábitos • Aptidões associadas às habilidades pessoais e o mundo social a qual pertence • Contribuindo para a redução das desigualdades e empoderando pessoas
	Planejando ações de educação em saúde bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Planejando atividades educativas em saúde bucal coletiva • Organizando as atividades educativas em saúde bucal • Capacitando as pessoas: profissionais da saúde, estudantes de graduação, usuários • Envolvendo-se com ações de educação em saúde bucal
	Estratégias adotadas nas práticas de educação em saúde bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Abordagem tradicional: evangelizando em saúde com foco na higiene bucal • Abordagem democrática: utilizando métodos para compartilhar informações • Abordagem com participação popular e coletiva: cultivar saúde
FENÔMENO: O significado de Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família e sua influência nas práticas educativas em saúde bucal.		

Fonte: Elaborado pela autora

4.1. CATEGORIA CENTRAL: O PROCESSO SOCIAL BÁSICO “FAZENDO A DIFERENÇA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL”

O Processo Social Básico (PSB) é um dos vários tipos de categoria central que os dados podem gerar. Todos os PSB são categorias centrais, mas nem toda categoria central é considerada um PSB. A principal característica do PSB é o seu caráter processual apresentado pelo menos dois ou mais estágios que devem considerar e distinguir as variações nos padrões acerca do fenômeno estudado (Figura 8).

Figura 8. Processo Social Básico (PSB) representado pela categoria central e demais categorias.



Fonte: Elaborado pela autora

Um PSB explica boa parte de uma ação e evidencia as relações entre as categorias de menor peso, integrando-as para a composição da teoria, garantindo sua funcionalidade. Outras propriedades que definem os PSB são a difusão, a variabilidade e a possibilidade de mudança. Os PSB são difusos, pois representam padrões de organização do comportamento social ao longo do tempo e ocorrem independentemente de lugar, esta característica dá origem ao termo “básico”. Os PSB admitem reflexões teóricas condensadas sobre o fluxo sistemático da vida social. Em relação à variabilidade, os PSB são formulados em diferentes unidades de organização social e incluem a possibilidade de

mudança ao longo do tempo o que propicia significado, funcionalidade e adequabilidade à teoria (GLASER, 1978).

A figura 8 mostra que o mundo social dos participantes permeia as demais categorias. A categoria central “Fazendo a diferença na educação em saúde bucal” está suportada sobre a tríade das subcategorias “Motivação empática na Educação em Saúde Bucal”, “Planejamento Ações de Educação em Saúde Bucal” e “Estratégias adotadas nas práticas de Educação em Saúde Bucal”. O modelo teórico formulado propõe que quando profissional possui motivação empática, ou seja, a habilidade em se colocar no lugar do outro; quando planeja ações e as executa mediante uma abordagem participativa pode contribuir fortemente para fazer a diferença no processo educativo em saúde bucal, bem como seus significados.

Neste estudo o Processo Social Básico, PSB foi identificado como produto emergente dos dados e integrador das categorias relacionadas ao fenômeno em estudo: Fazendo a diferença na Educação em Saúde Bucal.

A identificação da categoria central “Fazendo a diferença na educação em saúde bucal” resultou da integração de quatro categorias emergentes dos dados coletados como apresentado na figura 9.

A categoria central foi identificada na maioria das expressões dos entrevistados que de alguma forma estavam motivados a fazer a diferença no campo da educação em saúde bucal. Fazer a diferença possui um componente particular uma vez que é influenciado pelo mundo social dos participantes, que se inter-relacionam e colidem. Além disso, existem as interferências dos aspectos culturais envolvidos e uma resposta recíproca, que significa, uma interação entre os participantes.

Fazer a diferença, neste estudo, apresenta uma dimensão emocional, que se conecta com a categoria Motivação empática na Educação em Saúde Bucal que se relaciona aos sentimentos dos participantes. A outra dimensão cognitiva se conecta com as categorias Planejando ações de Educação em Saúde Bucal e Estratégias adotadas nas práticas de Educação em Saúde Bucal que se relacionam ao conhecimento, informação, competências e habilidades.

Quadro 10 – Categoria central “Fazendo a diferença na Educação em Saúde Bucal” e suas dimensões (práticas, alcance, foco e técnicas)

Categoria Central: Fazendo a diferença na educação em saúde bucal	
DIMENSÕES	SUBTEGORIAS
Práticas de Educação em Saúde Bucal: métodos paternalísticos para evangelizar em saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Educando por meio da orientação e higiene bucal com escovação e fio dental - Acreditando que educação em saúde significa motivar, refletir, informar - Realizando escovação supervisionada e avaliação de saúde bucal nas escolas - Afirmando que educação em saúde é a palavra-chave e que ocorre sobre três pilares: conhecimento teórico, prática e disciplina - Reconhecendo que os usuários são informados e incentivados a mudarem seus hábitos de alimentação e higiene
Práticas de Educação em Saúde Bucal: práticas participativas para cultivar a saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecendo que os profissionais da saúde e gestores possuem grande responsabilidade em educação em saúde - Utilizando a metodologia participativa para subsidiar as ações coletivas de educação em saúde - Realizando um trabalho pactuado com os educadores, sem imposições - Instrumentalizando os usuários mediante seu contexto cultural, numa dimensão integral - Afirmando que educação em saúde significa promover a autonomia do sujeito através da socialização do conhecimento

Categoria Central: Fazendo a diferença na educação em saúde bucal	
DIMENSÕES	SUBTEGORIAS
Alcance em abordagens individuais e coletivas	<ul style="list-style-type: none"> - Realizando atividades de educação em saúde bucal com abordagem coletiva nos grupos de bebês, crianças, gestantes, tabagistas, hipertensos, idosos e outros - Reconhecendo que a educação em saúde coletiva promove mudança no estilo de vida (em grupos – numa perspectiva de troca mútua e confidencialidade)
Foco em promoção da saúde bucal e educação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecendo que educação em saúde significa informação, motivação e reflexão
Técnicas e tecnologias em Promoção da saúde e prevenção de doenças	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizando tecnologias em abordagem coletiva como palestras, grupos e oficinas; - Disponibilizando online protocolo de saúde bucal do município desde 2006 - Utilizando tecnologias em abordagens individuais como exames clínicos, mapeamento epidemiológico e orientação da higiene bucal - Confeccionando cartilhas, folders e outros materiais didáticos

Fonte: Elaborado pela autora.

1.1.

Existe uma conexão entre fazer a diferença, a motivação para fazer o seu melhor e os sentimentos que envolvem o prazer e o reconhecimento.

“[...]Jeu me sinto muito feliz, assim sou muito completa por que eu faço o que eu amo, tenho certeza sim que eu dou o meu melhor, sabe eu procuro dar o que eu gostaria de receber, que é amor, atenção, procuro ouvir bastante as pessoas que eu acho que além de falar, mas o importante que é saber ouvir também então eu sou bem feliz.” (G1.1 - p.6).

Numa dimensão emocional os participantes afirmam que Educação em Saúde é um exercício de amor e paciência, ilustrando a conexão entre fazer a diferença e o sentimento de empatia.

Quando se trata de fazer a diferença numa dimensão cognitiva, os participantes relataram que a informação e o conhecimento são de grande importância para instrumentalizar as pessoas e subsidiar na construção coletiva da sua autonomia. Entretanto, apenas informar mediante práticas educativas de abordagens tradicionais sem significado internalizado pode não ser eficaz.

Figura 9 - Diagrama da categoria central “Fazendo a diferença na educação em saúde bucal” e suas dimensões (práticas, alcance, foco e técnicas).



Fonte: Elaborado pela autora.

Os condicionantes da categoria Fazendo a diferença são caracterizados pelas dimensões:

- Práticas de Educação em Saúde Bucal;
- Alcance em abordagens individuais e coletivas;
- Foco na Promoção da Saúde Bucal e Educação em Saúde;
- Técnicas e Tecnologias em Promoção da Saúde;

As Práticas em Educação e Saúde Bucal incluem: Métodos paternalísticos para evangelizar em Saúde e Métodos participativos para cultivar a saúde. Nesta investigação, boa parte dos participantes assumem postura e utilizam métodos considerados tradicionais de educação em saúde.

Ficou evidente que o significado de Educação em Saúde se relaciona às práticas da higiene bucal e a transmissão do conhecimento numa relação vertical em que os profissionais (detentores do conhecimento) fazem a transmissão destas informações aos usuários como se estivessem proclamando uma verdade absoluta. Para definir esta situação, utilizou-se a expressão ‘‘ Evangelizar em Saúde’’.

Nesse contexto, educação em saúde significa educar o paciente para realizar a higiene bucal. Trata-se de uma abordagem voltada para doença cárie na qual as atividades de educação em saúde bucal são guiadas pelas evidências científicas e não por valores de promoção de saúde. Educação em Saúde seria imprimir ou transferir algo, diante de uma prática paternalística com caráter de evangelizar em saúde. Para isso, utilizam tecnologias como palestras, filmes, cartilhas, manuais e folders. Além de afirmar que, algumas vezes verificam a aprendizagem dos conceitos trabalhados nas palestras solicitando que as pessoas preencham um questionário.

“Porque pra que você consiga transformar hábitos, das pessoas, da unidade, da população e da pessoa individualmente ela tem que entender o que isso significa, isso tem que ter significado pra ela e esse significado ele tem que ser transferido, sei lá se é essa a palavra, ou “imprimindo”, nessa população através das questões da educação em saúde. Daquilo que as equipes vão ter a capacidade de explicar, de conversar, de ponderar e de resolver com o seu paciente, tanto sendo individual como comunidade, como que a gente vai resolver questões que estão se

apresentando, que estão desequilibrando a saúde dela, pra que ela consiga atingir o equilíbrio, que é aquilo que a gente procura né?” (G2. 1 - p.1).

Os participantes afirmam realizar o empoderamento dos usuários, mas a importância da higiene bucal está mais evidente que as temáticas relacionadas às escolhas saudáveis acerca da saúde geral e bucal dos indivíduos. Reconhecem que educação em saúde pode estimular a autonomia do cidadão no sentido de autocuidado e aperfeiçoamento contínuo do profissional através da educação permanente. Entretanto, fica evidente a postura tradicional quando se analisa a expressão “passar o conhecimento” na fala abaixo.

*“Educação em saúde pode ser estimular autonomia do cidadão, do seu autocuidado, quando eu capacito e dou a eles habilidades, atitude e novos conceitos de se cuidar melhor. Pode ser aprimoramento do próprio profissional de saúde no seu dia-a-dia, no seu cotidiano de trabalho, aprendendo e reaprendendo a cuidar do outro e também a cuidar de si mesmo. Educação no sentido de transcender, de **passar o conhecimento** e as habilidades que eu tenho para uma outra pessoa que futuramente também vai exercer essa profissão de saúde, então eu vejo a educação em saúde nessas três frentes: A educação no sentido de cuidado, a educação no sentido de aperfeiçoamento contínuo do profissional de educação permanente e também no sentido de formação mesmo, de estar formando profissionais de saúde” (G3.6 p-15).*

As práticas que se fundamentam nos métodos paternalísticos incluem os trabalhos realizados nas escolas, escovação supervisionada e avaliação de saúde bucal, embora reconheçam a necessidade da integração com a equipe pedagógica e as práticas educativas realizadas nos grupos.

[...] porque qualquer pessoa pode ser cuidadora, a professora é uma cuidadora do aluno né? De 3, 4, 5 e 6 anos né? Ela vai chegar e vai ensinar, você tem que escovar o dente assim, você tem que fazer assim, você não pode comer isso aqui, não é verdade? ” (G1.12- p.30)

“ [...] a gente vai até a escola e diz: “olha você tem que escovar assim, você tem que escovar assado” enfim, explicamos pra eles o que que traz de ruim, o que que traz de bom, a gente trabalha bastante o que é higiene num todo, não somente da boca! O que que traz de benefícios e também doenças se eles não tratarem bem do corpo ou da saúde deles! Então a gente, faz eles verem a importância da escovação, a questão da doença e da prevenção futura também, da qualidade de vida deles. (G1.2 - p.4)

Reconhecem que os usuários são informados e incentivados a mudarem seus hábitos de alimentação e higiene. Exemplificam o trabalho realizado com gestantes e crianças, perpetuando a postura tradicional neste tipo de abordagem. Percebe-se confusão entre o conceito de abordagem dinâmica e abordagem “mais rápidas” a serem utilizadas com crianças e adolescentes.

“Os adolescentes são um público um pouquinho mais diferente, a gente tem que fazer assim uma abordagem mais rápida e com coisas mais dinâmicas, também as crianças menores a gente consegue passar um vídeo e eles ficam ouvindo, os adolescentes não, um pouquinho mais eles participam tá, a gente leva escovas e a agente faz o mesmo procedimento até os 14 anos [...]” (G1.5 – p. 26).

Uma outra prática utilizada são os métodos participativos que incluem decisões compartilhadas com os usuários sobre quais temáticas serão abordadas e como será a prática nos ambientes coletivos. Tais métodos, utilizados nas práticas educativas surgiram durante a democratização do país. Assim, emergiram dos dados diversas práticas embasadas em métodos participativos visando cultivar a saúde através de uma prática educativa dialógica, como proposta por Paulo Freire.

Os participantes reconhecem que os profissionais da saúde pertencem a diferentes mundos sociais e a opção pelo método participativo está mediada por esta condição. Nesta prática os profissionais da saúde e gestores procuram democratizar as ações

incluindo o planejamento e a execução. Foram observadas várias ações em prol do empoderamento dos usuários.

Os participantes que adotam métodos que cultivam a saúde, afirmam que as metodologias ativas são superiores as práticas convencionais. Afirmam que as informações precisam ser significativas para que possam realmente empoderar o usuário. Os métodos participativos para cultivar a saúde incluem a socialização do conhecimento e promoção da autonomia do sujeito. Vários participantes utilizam os direcionamentos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde em sua prática enquanto profissionais da saúde que atuam na equipe de saúde da família ESF.

“Primeiro ponto que Educação em Saúde traz para mim é que: trabalhar com educação em saúde significa trabalhar com informações em saúde, numa linguagem acessível, numa linguagem popular. E aí sempre vem Paulo Freire. Porque é ele que nos dá ferramenta, para mim é ele que dá esse chão, para a gente entender educação em saúde, entender educação popular em saúde, daí por eu ser assistente social e está muito ligado com a educação popular em saúde, então me vem, trazer informações aos usuários, a esse sujeito que é atendido no SUS. Falar para ele daquilo que ele tem, falar pra ele dos hábitos de uma vida saudável, principalmente instrumentalizá-lo o quanto esses direitos” (G3. 3 - p.8).

Os participantes reconhecem que os profissionais da saúde e gestores possuem grande responsabilidade em educação em saúde. Afirmam que para promover educação em saúde é fundamental desenvolver a autonomia do sujeito e reconhecem a dificuldade de promover saúde utilizando práticas convencionais.

“[...] ela tem um significado de ser promotora de autonomia para os usuários do SUS, para as pessoas enquanto coletivos, comunidades ou indivíduos mesmo, no sentido de que é necessário para promover a saúde é fundamental que as pessoas tenham autonomia, para poderem se cuidar, ter práticas saudáveis, isso a gente tem muita dificuldade de conseguir com práticas

convencionais, com orientações rápidas no final da consulta.” (G3. 4 - p.2).

O trabalho de educação em saúde numa perspectiva coletiva também é realizado em grupos de usuários como grupo de bebês tabagistas, hipertensos e gestantes. Estes grupos são formados de acordo com a demanda de cada unidade básica de saúde. Os profissionais de saúde, que trabalham naquela unidade dividem a coordenação dos grupos.

Para os profissionais participantes, as metodologias participativas e democráticas são mais adequadas para trabalhar com grupos, pois se desenvolvem numa perspectiva de troca mútua e confidencialidade e podem promover mudanças no estilo de vida. Os participantes relatam que quando o profissional se interessa em conhecer o perfil do usuário e como ele se coloca no mundo, ocorre uma maior interação entre eles.

“A Educação em Saúde Bucal ocorre nos grupos de bebê, de tabagismo e de gestante. Com as gestantes a gente trabalha o todo, com a mãe, depois do nascimento da criança, trabalhando a higiene dela própria e da criança depois. A gente orienta que, não é porque não tem dente que não tem que fazer um tratamento, orientação de alimentação e higiene.” (G1.4 – p.17).

“Em grupos, principalmente na nossa unidade, a gente divide as funções, as pessoas que vão coordenar grupos, eu estou há um ano coordenando um grupo de apoio à cessação do tabagismo, [...] nesse grupo a gente trabalha nessa linha, de rodas de conversa, de trocas de experiências. Porque eu acho que a metodologia é importante para Educação em Saúde, você tem uma metodologia participativa, onde as pessoas vão construindo junto as conclusões, vão construindo juntos a problemática, as formas possíveis de resolver, dentro de uma perspectiva de troca mutua e confidencialidade, tudo isso vai gerando um clima possível para ter um sentimento de coletividade e induzir essas práticas, fazer mudança de estilo de vida através da Educação em Saúde.” (G3. 4 – p.19).

“A gente trabalha a noção científica também da harmonização dos chacras, da alimentação, na ingestão de água, principalmente a autoestima, que a pessoa seja recuperada através do processo que se realiza uma vez na semana no Centro de Saúde, das 08:30 às 09:30, na sexta-feira, as vezes um pouco mais adiante, porque as pessoas, nós fazemos cantando mantras né? Que são músicas harmoniosas. Ele entra em uma atmosfera de alegria, de educação, que são os alongamentos chamados “Assaras” que são exercício simples, mas com foco do Yoga, a gente mostra que ele está respirando, que a batida do coração dele está se harmonizando, com o cheiro do incenso, as músicas geralmente de caráter oriental, a gente faz com que ele “link” isso com seu inconsciente, ou no consciente, nos chacras que são pontos energéticos do corpo para que ele aprenda a se alimentar na realidade de uma segunda forma, não o alimento, ele vai se alimentar com a respiração, com a música e cantar os mantras, ele vai se alimentar com a sabedoria, que os mantras são repetições de palavras positivas” (G3.5 – p. 24).

As possibilidades de reconhecer como o alcance das atividades podem fazer a diferença na educação em saúde bucal se concretizam à medida que se amplia a visão da abrangência dessa temática, seja no âmbito individual ou coletivo.

A categoria Fazendo a Diferença também pode estar presente na abordagem individual. Os participantes relatam a importância de uma visão ampliada por parte do profissional. Afirmam que a consulta para ser impactante deverá estar centrada nas necessidades pessoais do usuário.

“ [...] durante a prática da Educação em Saúde no contexto individual (consulta) o profissional pode estimular o autocuidado, transcende a questão de simplesmente de ‘medicalizar’ além de ensinar a pessoas a se cuidar de uma maneira mais saudável, de ter hábitos mais saudáveis.” (G3. 6 - p.15).

As atividades de Educação em Saúde Bucal no âmbito coletivo foram também mencionadas:

“No atendimento coletivo a gente está trabalhando com diversas pessoas, estamos incorporando promoção de saúde e prevenção durante o trabalho assistencial. Tem os grupos de atendimentos coletivos de crianças, com as mães, claro que [...] no sentido de empoderar as famílias para lidar com os problemas, os pequenos problemas, e com as situações difíceis também. Ao invés de ficarem dependentes apenas dos profissionais e dos sistemas[...].” (G3. 7 – p.41).

O alcance da categoria Fazendo a diferença (Figura 10) pode estar presente na abordagem individual e coletiva da prática cotidiana da equipe de saúde bucal. Entretanto, a fala a seguir expressa uma reflexão equivocada pois relata que no âmbito coletivo realiza “a mesma coisa” das abordagens individuais. Esta contradição também foi evidente na fala de outros profissionais, principalmente quando possuíam uma postura mais tradicional de evangelizar em saúde.

“Diariamente elas estão presentes nas minhas práticas, dentro do próprio consultório essa prática é constante, porque você tá vendo questões pontuais nos pacientes e você tá ensinando o paciente como é que ele tem que fazer depois, porque que ele está com uma determinada gengivite inicial e como é que ele pode resolver aquele problema, por que aquilo ali é uma resposta do organismo, porque que ele pode diminuir essa resposta do organismo utilizando bem a escova e tendo bons hábitos, correto? Isso aí pontualmente no consultório né, um exemplo[...] Na saúde coletiva, no coletivo a mesma coisa. [...] Grupos de pessoas, aqui você vai falar pra uma pessoa só, no âmbito de um grupo você vai falar pras 20, 30 pessoas, então você vai falar uma vez só pras 30 pessoas, o alcance é maior... E escolares e dependendo do grupo de pessoas, a idade, como seria, o que seria mais impactante pras essas pessoas vai

depende de cada pessoa, vai depender de como é formado o grupo". (G1. 12 - p.52).

Tanto no âmbito individual quanto coletivo o empoderamento esteve presente na fala dos participantes. Analisando-se o que está por trás deste termo, empoderamento foi usado de diferentes maneiras, sendo empregado com diversos significados. Pode ser compreendido não exatamente como uma dimensão, mas parte da linguagem de fazer a diferença.

Algumas vezes o significado do termo está aplicado corretamente, mas alguns participantes afirmam que estão realizando empoderamento, quando na verdade ensinam técnicas de higiene bucal. Em alguns aspectos é estranho que haja esse tipo de engano entre profissionais que trabalham com educação em saúde, seja na gestão, no ensino ou serviço, pois afinal empoderamento faz parte desta linguagem. Os participantes admitem que para promover Educação em Saúde é necessário desenvolver a autonomia

"[...] quando este sujeito consegue a partir dos seus próprios meios utilizar as informações, as reflexões que são feitas sobre esse tema e partir daí não precisa mais, quem sabe, depender de uma intervenção externa para manter sua saúde ou para lidar, porque a gente sabe que os agravos, fazem parte da vida, está intrínseco ao viver você ter momentos de crise, de adoecimento, mas que a pessoa seja mais potente para lidar com isso, menos dependente de um sistema que a gente sabe que é mercantilista, que é 'tecnificado', que é intervencionista, que tem diversos outros condicionantes, interesses e conflitos de interesses, que vão na direção contrária, que competem para uma boa saúde [...]" (G3.7 – p.17).

"[...] considerando mais a assistência, no momento em que a gente estimula o autocuidado em que a gente transcende a questão de simplesmente de "medicalizar" nas nossas condutas, mas também de ensinar a pessoas a se cuidar de uma maneira mais saudável, de ter hábitos mais saudáveis, de onde buscar melhoria, de como de como tomar um medicamento correto, de buscar

realmente ter mais saúde, e não simplesmente cuidar de um problema específico e pontual que causou um estresse naquele momento [...]” (G3. 6 - p.15).

O Foco é outra dimensão da categoria principal Fazendo a diferença (Figura 10). Esta potencializa a expressividade da categoria principal e está em conexão com motivação empática nas ações de educação em saúde. Nesse contexto, o foco se expressa de duas maneiras. Primeiramente, se refere ao profissional da saúde que está fazendo a diferença através da sua dedicação exclusiva ao trabalho na equipe de saúde da família (foco do profissional em sua atividade laboral). Contudo, o foco na Promoção de Saúde através das práticas de educação e saúde também fazem parte desta dimensão.

As atividades de Promoção de Saúde comparam-se a uma corrente com vários elos onde cada profissional representa um elo, mas eles todos trabalham simultaneamente vislumbrando os mesmos objetivos. Trata-se de um trabalho em equipe com liderança, cooperação e gerenciamento. Os profissionais da saúde que se dedicam exclusivamente a uma atividade laboral estão potencializando suas competências em uma mesma direção e assim fortalecendo aquele elo da corrente.

“Modéstia à parte a gente consegue perceber que [...] é reconhecedor para ver que as pessoas de boa situação econômica já não acham que o sujeito é realmente para pobre. A gente chega no teu consultório é como se fosse um consultório particular. Não só o consultório, mas o atendimento de vocês na hora daquela atenção. Eu tenho um serviço como minha profissão é como meu emprego único então é naquilo que me dedico, então, eu gosto, tenho prazer e a gente tenta fazer o melhor. Realmente a gente já percebe que as pessoas têm esse reconhecimento e está sendo bem falado assim [...] e já não têm aquela discriminação que se tinha em relação ao SUS.” (G1.10 - p.46) (Grifo do autor).

Técnicas são conjunto de procedimentos que têm, como objetivo, obter um determinado resultado e tecnologia é um termo que envolve o conhecimento técnico e científico e a aplicação deste conhecimento através de sua transformação no uso de ferramentas, processos e materiais.

A partir da expressão dos participantes ficaram evidentes a utilização de tecnologias em abordagens individuais como exames clínicos, mapeamento epidemiológico e orientação da higiene bucal. Nas abordagens coletivas, foi frequente o uso de palestras, filmes, cartilhas, manuais, folders e oficinas realizadas com os grupos. Nas palestras o conhecimento é denominado informação e assume na maioria das vezes uma dimensão vertical, impositiva, na qual a autoridade (geralmente cirurgiões-dentistas) decidem quais os temas a serem abordados e como se deve proceder com a higiene bucal.

“A epidemiologia da cidade é um aliado, então a gente sabe que na idade dos 12 anos Florianópolis é a capital com menor índice, então a gente pode fazer o planejamento das ações; pra parte de saúde bucal, temos usado bastante o que foi feito no levantamento do Saúde Bucal Brasil 2010, que não foi só cárie. Ele trouxe outros fatores pra gente, organizar então a questão da necessidade de serviço aliado com a população, cobertura, quantidade suficiente de equipes, como que está essa situação, se as equipes estão completas ou não.” (G2.1- p.4).

“[...] atividades lúdicas normalmente envolvendo crianças e sempre juntando a questão da escovação supervisionada a aplicação de flúor quando for o caso e o monitoramento mesmo o exame Epidemiológico, pra gente manter aquele vigilanciuzinha em cima das crianças, eu acho que é basicamente isso [...]” (G1.6 – p.31).

Alguns cirurgiões-dentistas e técnicos desenvolvem trabalhos multiprofissionais e promovem oficinas onde profissionais e usuários em grupo escolhem um tema gerador/norteador das discussões. Este é preparado pelo grupo utilizando tecnologias lúdicas, onde o foco maior é a saúde, não delimitada ao âmbito da saúde bucal. Nas atividades do tipo oficinas os temas de educação em saúde bucal são

trabalhados com abordagem mais democrática pelo qual todos interagem na construção do conhecimento. Entretanto, em algumas situações, dependendo da postura do facilitador, os usuários não se sentem à vontade para emitir sua opinião, ocorrendo uma contradição entre uma postura tradicional e uma técnica democrática como se propõe na oficina.

[...]Então nas atividades coletivas: é isso, a gente faz, as oficinas, fora a escovação supervisionada, a gente faz as oficinas, trabalhamos com alimentação saudável, a higiene corporal, sobre sexualidade, álcool e drogas. Nas oficinas trabalham todos do centro de saúde, as vezes é o médico que vai articulando, com a escola, também vão, os enfermeiros, os técnicos e os agentes de saúde e os dentistas, cada um na sua área. Todo mundo participa e se ajuda, porque um dentista não vai só falar sobre escovação, né? Vai falar também sobre higiene corporal. [...] É, também sobre alimentação saudável, não só sobre escovação, sobre cárie, sobre fio dental e essas coisas. Mas num todo, a gente vê a saúde da criança num todo, não só na boca [...]” (G1.2 - p.5)

O município de Florianópolis possui Protocolo de Saúde Bucal desde 2006. Esta ação faz a diferença, pois socializa as informações com todos os profissionais da saúde. Os gestores afirmam que os cirurgiões-dentistas têm liberdade para definir as suas ações

“A gente procura ter linhas gerais sobre a questão da definição do processo de trabalho, não interferimos, não define padrões na secretaria. Por exemplo, o departamento de saúde bucal não tem uma agenda fechada de agendamento que as unidades têm que seguir. A gente inclusive tinha no protocolo de saúde bucal de 2006, na internet [...] O que a gente procura oferecer é um rol, do que fazer, a gente procura organizar material didático [...] para que eles possam trabalhar com a Educação em Saúde, então hoje as equipes têm lá: jogos de fantoche, cada distrito sanitário tem disponível escovódromo que a gente também

comprou com o recurso do Saúde na Escola, as cartilhas, os folders, têm desenhos. A gente procura oferecer para as equipes esse rol, tanto de materiais lúdicos, quanto de materiais didáticos, para que eles atuem nos programas [...]” (G2.1 - p. 5 e 6).

4.2. CATEGORIA: MOTIVAÇÃO EMPÁTICA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Motivações são fatores internos que influenciam as ações de uma pessoa. São baseadas em processos de pensamento, tais como crenças, atitudes, valores e unidades que só podem ser determinados indiretamente por meio de processos tais como questionamentos e entrevistas. Empatia é a capacidade de se colocar no lugar dos outros e apresentam como diferenças interindividuais a nível comportamental neural e representa um novo campo de estudo da neurociência (GOLEMAN, 2013). Nesta pesquisa tais ações se manifestam como comportamentos, podendo ser observados a partir da expressão dos participantes. A motivação empática na Educação em Saúde Bucal tem sido considerada como um fator importante no trabalho dos profissionais da saúde frente a uma abordagem individual ou coletiva. A motivação para a mudança, a transformação, pode ser fomentada para fazer a diferença.

Na categoria “Motivação empática na educação em saúde bucal” emergiram as quatro dimensões/subcategorias (Quadro 6):

- Sentimentos sendo valorizados ou reconhecidos;
- Motivação para a mudança de hábitos;
- Aptidões associados as habilidades pessoais e ao mundo social;
- Contribuição para a redução das desigualdades sociais e empoderamento;

Quadro 11 – Dimensões e subcategorias da categoria motivação empática na educação em Saúde Bucal.

Motivação empática na educação em saúde bucal	
DIMENSÕES	COMPONENTES/SUBTEGORIA
Sentimentos sendo valorizados ou reconhecidos	<ul style="list-style-type: none"> - Sentindo-se motivado quando há empatia; - Valorizando e reconhecendo o trabalho desenvolvido; - Afirmando que se sente feliz e tem prazer em fazer o seu melhor;
Motivação para a mudança de hábitos	<ul style="list-style-type: none"> - Afirmando que os usuários são motivados a mudarem seus hábitos de alimentação e higiene
Aptidões associadas às habilidades pessoais e ao mundo social a qual pertence	<ul style="list-style-type: none"> - Sentindo-se feliz por ter seu trabalho reconhecido (Florianópolis foi premiada 5 anos consecutivos em virtude dos resultados obtidos no ranking nacional do SB Brasil)
Contribuindo para a redução das desigualdades e empoderando pessoas	<ul style="list-style-type: none"> - Afirmando que promover saúde significa empoderamento do usuário - Promovendo a autonomia dos cidadãos e o autocuidado - Aplicando a educação popular em saúde nas práticas de coletivas

Fonte: Produzido pela autora.

Os sentimentos que emergiram dos participantes a partir da análise das entrevistas foram positivos como, por exemplo, felicidade, prazer e realização. Estes dados demonstram reconhecimento acerca do trabalho na Educação em Saúde Bucal realizado no município de Florianópolis; e promovem a Motivação Empática na Educação em Saúde Bucal.

Os profissionais e gestores revelaram que sentiam seu trabalho sendo reconhecido quando receberam pelo quinto ano consecutivo a premiação do Governo Federal (SB Brasil). Florianópolis é a Capital Brasileira com menor índice de CPOD (0,77) aos 12 anos, segundo levantamento epidemiológico em comparação com as outras cidades brasileiras. Estes fatos apontaram o compromisso da equipe da Secretária Municipal de Saúde com a Educação em Saúde da população.

“[...] Florianópolis é capital brasileira com menor índice CPOD aos 12 anos. Pelo levantamento SB Brasil de 2010, a gente tem um índice de cárie aos 12 anos de 0,77, então isso me fez uma coordenadora muito feliz, quando saiu esse resultado, foi muito legal [...]” (G2.1-p.2).

“[...] educar explicando várias vezes se caso for necessário, é muita paciência, muita educação, né com muito amor, porque eu acho que é o fundamental, né a empatia se colocando sempre no lugar do paciente, que pra nós quando já tem uma visão diferente é muito fácil, agora aquela pessoa que na prática às vezes não tem uma escova, não tem um fio dental, se torna cada vez mais difícil”. (G1.1-p.2).

“[...] eu faço em todo o tempo, a minha maior preocupação é estar proporcionando o melhor para o paciente, quando eu atendo, eu procuro orientar corretamente. São pacientes agendados em que procuramos atender super bem tanto em individual quanto coletivo.” (G1.1-p.2).

Nesta dimensão os sentimentos ambíguos aparecem quando os participantes afirmam a necessidade de lutar para estar inserido nas equipes da Estratégias da Saúde da Família e ser reconhecido, uma vez que durante a implantação das primeiras equipes não havia a presença do cirurgião-dentista.

“Como dentista da saúde da família para colocar em prática as Diretrizes da Estratégia da Saúde da Família a gente tem que lutar muito dentro de uma equipe porque normalmente não é reconhecido ou não se faz reconhecer, a gente sempre tá tendo que dizer “hello, estou aqui, não se esqueça do dentista!!!”[...] o grupo é organizado por uma enfermeira que é super perfil de saúde da família, a médica também, elas organizaram um curso que não tinha saúde bucal, então é claro que eu entro eu vou com tudo!!! Mas elas dizem que se eu não me faço lembrar, a percepção delas é que a CD fica lá trancadinha no consultório. Eu sou super atuante em todos os grupos, sempre me faço presente, nas reuniões, então eu acho que vai ser sempre assim, tomara

que um dia melhore e a gente consiga ser bem mais reconhecido [...]” (G1.6 - p.30).

Os participantes observam que vem ocorrendo um processo de Motivação Empática para que ocorra a mudança de hábitos através do empoderamento do usuário. Segundo a percepção dos cirurgiões-dentistas, os usuários sentem-se motivados a realizarem escolhas saudáveis quando recebem informações e constroem coletivamente o conhecimento à cerca das temáticas em saúde, afirmando que promover Educação em Saúde significa empoderar o usuário através da motivação, reflexão e informação.

“A gente percebe essa diferença do o empoderamento das pessoas, não dizemos, mas a pessoa percebe que está certo fazer isso. Não porque alguém está dizendo, mas porque ela sabe, já tem o conhecimento que aquilo é uma coisa boa para ela, é assim que eu percebo.” (G1.5- p.23).

A motivação empática é uma característica individual e está associada ao mundo social a qual pertence o participante. Assim, “Fazer a Diferença nas práticas de educação em saúde bucal” está associado às habilidades pessoais dos profissionais da saúde. Embora muitos dos participantes demonstrem uma forte Motivação Empática para trabalhar as questões relacionadas a saúde reconhecemos que está habilidade varia de acordo com o mundo social do profissional.

No momento do diagnóstico o paciente fica tenso, outras vezes não conhece seus direitos:

“[...] Da questão cultural, como que é a relação médico paciente. Muitas vezes o usuário fica muito nervoso, tenso, no momento do diagnóstico, de entender qual é o problema de saúde que ele está vivendo. Ele chega para o assistente social, muitas vezes tem dúvidas e pergunta. A gente vai junto com ele clareando isso, que tratamento é esse, como é que toma esta medicação. Vamos acessando os diversos recursos que a atenção primária tem, justamente para que ele possa se empoderar dessas informações em saúde. Novamente a gente volta para isso, trocando informações, nessa escuta qualificada da necessidade do usuário. É o tempo todo dentro de uma visão de integralidade desse sujeito [...]” (G3. 3 - p.5b).

As desigualdades sociais e culturais são bastante evidentes de uma região para outra no Brasil. A motivação empática do profissional da saúde contribui para o empoderamento do usuário e consequentemente redução destas desigualdades. Alguns dos participantes acreditam que educação em saúde significa motivar e estimular a reflexão. Nesse sentido, o conhecimento sobre o direito à saúde foi elencado como fator importante para alcançar uma melhor qualidade de vida

“A chave para que a gente possa atingir os nossos objetivos de qualidade de vida da população ter saúde é ela se instrumentalizando acerca dos seus direitos, a respeito daquilo que ela não tem conhecimento. Muitas vezes a população- a gente- não tem conhecimento dos nossos direitos.” (G3. 3 - p.7).

4.3. CATEGORIA: PLANEJANDO AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

O planejamento das ações em Educação em Saúde Bucal no contexto da ESF pode ser realizado em reuniões anuais, mensais ou semanais, dependendo da equipe e do CS. Os gestores entrevistados apresentaram uma postura democrática quanto a planejamento para definição das práticas coletivas em educação em saúde bucal. Entretanto, solicitam que afixem no mural dos CS um cronograma fixo semanal informando os dias e horários em que cada equipe se dirige as escolas, creches, visitas domiciliares e realizam atendimento no consultório, curso de capacitação ou outras atividades.

O planejamento das atividades educativas em Saúde bucal deveria envolver todos os profissionais da ESF. Entretanto, verificou-se que, na maioria das vezes, os cirurgiões-dentistas são os que realmente planejam e executam estas atividades.

O quadro abaixo apresenta as dimensões da categoria “planejando ações de educação em saúde bucal” a partir da análise das entrevistas.

Quadro 12 – Dimensões e subcategorias da categoria Planejando ações de educação em saúde Bucal

Categoria: Planejando ações de educação em saúde bucal	
DIMENSÕES	SUBTEGORIA
Planejando ações educativas coletivas em saúde bucal	<ul style="list-style-type: none"> - Afirmando que o planejamento precisa ir além do ritual - Orientando os profissionais da saúde para planejar ações e refletir sobre o próprio processo de trabalho - Reconhecendo que o “prêmio boas práticas” é parte do trabalho de planejamento - Planejando e refletindo sobre as ações de saúde bucal para implementar mudanças - Afirmando que o planejamento das ações de educação em saúde ocorre na reunião geral anual com toda a equipe multiprofissional
Organizando as atividades educativas em saúde bucal	<ul style="list-style-type: none"> -Organizando as atividades educacionais em saúde bucal com abordagem individual (acolhimento do usuário; escuta qualificada dos usuários; falar sobre hábitos saudáveis; ensinar técnicas de higiene bucal; avaliação da saúde bucal) -Organizando as atividades educacionais em saúde bucal com abordagem coletiva (trabalhando com equipe multiprofissional; desenvolvendo programas educativos em escolas e grupos)
Capacitando as pessoas: profissionais da saúde, estudantes de graduação, usuários	<ul style="list-style-type: none"> - Realizando capacitação da equipe multiprofissional e dos alunos da graduação - Inserindo os alunos da graduação (disciplina de interação comunitária) com atividades de educação em saúde - Treinando professores, pais e cuidadores
Envolvendo-se com ações de educação em saúde bucal	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecendo que existem profissionais da saúde que não se engajam em ações de educação em saúde bucal

Fonte: Produzido pela autora.

Para os gestores, o planejamento das atividades também deveriam utilizar abordagens voltadas à participação através da problematização e reflexão (Quadro 7).

“[...] eu auxilio as equipes que estão diretamente realizando atividade docente, atividade de assistência, a estarem planejando, se capacitando para desenvolver as atividades cada vez melhor, fazer a problematização, identificar dentro dessa problematização quais são as nossas dificuldades, quais são as potencialidades que cada um tem e trabalhar com as dificuldades, mas ao mesmo tempo estimulando as potencialidades. Fazendo com que isso se multiplique [...]” (G3.6 – p.15).

Os profissionais da Saúde Bucal organizam as atividades educacionais em saúde bucal com abordagem individual através do acolhimento do usuário, escuta qualificada, hábitos saudáveis, ensinando técnicas de higiene bucal. As atividades educacionais em Saúde Bucal com abordagem coletiva envolvem as equipes multiprofissionais, que desenvolvem atividades de Educação em Saúde nas escolas e grupos. Observou-se que há um grande enfoque no levantamento epidemiológico dos escolares, ou seja, a Promoção de Saúde está sendo guiada por evidências e não por valores.

“Na minha área há duas creches e uma escola aonde a gente vai e faz o mapeamento de toda a região, recebemos os alunos. Eles fazem mais a parte de orientação, escovação a educação em saúde e a parte do exame clínico somos nós que fazemos. Nas escolas e nas creches nós recebemos os alunos de graduação da UFSC com professor responsável por eles. Fazem um trabalho bem legal, um trabalho excepcional”. (G1.1 - p.3).

Para organizar as atividades educacionais na abordagem coletiva, diferentes profissionais da saúde propõe uma metodologia participativa e democrática que convida os participantes a realizar uma reflexão sobre o significado da saúde durante as oficinas com adolescentes. Há troca de informações sobre saúde bucal entre os adolescentes. Os usuários sugeriram que fosse trabalhado nos próximos encontros do grupo, temas relacionados à atividade física, sexualidade e paternidade. Este é um exemplo onde o planejamento das atividades de educação em saúde bucal tornou-se participativo e utilizou técnicas

democráticas de construção conjunta do conhecimento através da problematização e da participação popular.

“A gente faz, por exemplo, atividade de colagem sobre o que você entende como saúde, damos revistas para as crianças procurarem imagens que relacionam-se com saúde. Eles recortam as imagens e colam num cartaz, depois tem que falar porque escolheu aquela imagem como saúde [...] Botam os alimentos, sabem que a gente é dentistas, botam sorrisos, gente correndo, que é atividade física [...] tem as gincanas que a gente já fez. Tem oficinas com turmas maiores de adolescentes, ou de pré-adolescentes 12, 13, 14 anos a gente já procura ir na sala com eles, se apresentar, e pedir o que eles gostariam de discutir relacionado com saúde. Foi assim que surgiu esse da atividade física, da sexualidade, da paternidade responsável, veio deles, a gente perguntou o que eles queriam, para que não chegasse impondo conteúdo.” (G1.1- p.54).

O planejamento das atividades inclui capacitar a equipe e é de fundamental importância para o desenvolvimento das atividades de educação em saúde. Diversos foram os modos de planejar e executar atividades em saúde bucal. Os participantes são conscientes da necessidade de uma educação permanente para que possam refletir quanto às questões da sua prática diária, visto que a equipe atua no âmbito individual, coletivo, e realiza também atividades relacionadas ao ensino.

Alguns profissionais são preceptores de alunos de graduação, os quais realizam atividades educativas. Nesta primeira fala fica evidente as atividades de cunho curativo. E na segunda narrativa o profissional afirma uma mudança para avançar nas questões educativas.

“[...] os alunos da 7ª fase, então, que vem, eles participam dos grupos e aí a gente está junto, que são basicamente esses grupos e tem as atividades extras: conselho bucal da saúde, conselho municipal da saúde a gente faz umas atividades de restauração atraumática (RAT), também a gente tria as crianças que precisam da técnica do RAT e aproveita então que os alunos tão aqui pra também ter experiência isso já que os pacientes precisam que é o principal [...]” (G1.2- p.32).

“Então acho que na parte de educação ou saúde é fundamental. Em Florianópolis a gente está conseguindo mudar um pouco a visão em relação a isso, sai um pouco do foco de curativo e estamos conseguindo trabalhar. Isso é muito importante para avançar, mas em relação a outros municípios a gente já está na frente e eu acho que essa parceria que a universidade faz é muito importante porque ajuda bastante tanto pra gente que não se acomodar, tanto pro preceptor. Os alunos sempre trazem coisas, e isso é muito importante para a gente. Essa semana a gente fez educação em saúde com os agentes comunitários sobre diabetes. Foi um tema que a gente acha que está tão batido e que surgiram várias dúvidas e depois fizemos uma roda de conversa, foi bem interessante. [...] (G1.5- p.22)

Os gestores relataram sua percepção a cerca do planejamento das atividades em educação em saúde. Os profissionais da saúde relatam sua experiência cotidiana planejando a semana de atividades no CS para que os alunos de graduação possam estar inseridos nas atividades de Educação em Saúde como mostra a citação abaixo.

“[...] No momento tem duas equipes de saúde da família, para uma de saúde bucal, a demanda é grande, mas mesmo assim a gente não abre mão de fazer nossas atividades coletivas. Trabalhando a educação em saúde, a gente tem períodos da semana que vamos na escola ou creche [...] Eu recebo alunos da UFSC [...] Quando eu posso complemento essa visita deles, a gente foca nas atividades de promoção e prevenção. Depois tem a parte de exames que busca a necessidade para procurar atendimento no centro de saúde. Além das atividades com os escolares, as crianças nas creches, também temos grupos específicos já formados na unidade nas terças feiras[...]” (G.2.1-p3).

A partir da expressão dos participantes fica evidente que para promover educação em saúde com excelência faz-se necessário uma capacitação permanente, visão da integralidade, adaptar as práticas ao contexto social, dividir responsabilidades e trabalho multiprofissional.

Reconhecem que educação em saúde deve ocorrer em três frentes: a educação no sentido de cuidado, a educação no sentido de aperfeiçoamento contínuo do profissional (educação permanente) e da atividade de ensino universitário (como preceptores da disciplina de interação comunitária dos cursos de graduação e pós-graduação da UFSC).

*“[...] educação em saúde pode ser estimular autonomia do cidadão, do seu autocuidado, quando eu capacito e dou a ele habilidades, atitude e novos conceitos de se cuidar melhor. Pode ser aprimoramento do próprio profissional de saúde no seu dia-a-dia, no seu cotidiano de trabalho, aprendendo e reaprendendo a cuidar do outro e também a cuidar de si mesmo. E pode ser a educação no sentido de transcender, de **passar o conhecimento** e as habilidades que eu tenho para uma outra pessoa que futuramente também vai exercer essa profissão de saúde, então eu vejo a educação em saúde nessas três frentes: A educação no sentido de cuidado, a educação no sentido de aperfeiçoamento contínuo do profissional de educação permanente e também no sentido de formação mesmo, de estar formando profissionais de saúde[...]” (G3.6 - p.15).*

4.4 CATEGORIA: ESTRATÉGIAS ADOTADAS NAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Estratégias são um conjunto de atividades implementadas destinadas a alcançar um objetivo. Compreende-se, então, que as estratégias e abordagens são recursos que podem agregar valores nos processos de ensino-aprendizagem e que serão eficazes se estiverem ligados diretamente aos objetivos pretendidos. Assim, as estratégias referem-se aquelas utilizadas pelos participantes do estudo com o objetivo de promover práticas de educação em saúde bucal.

A categoria principal Fazendo a Diferença conecta em maior ou menor intensidade com as estratégias identificadas no estudo: Tradicionais, Democráticas ou Popular (Quadro 8).

Quadro 13 Quadro das dimensões e subcategorias da categoria Estratégias adotadas nas práticas de educação em saúde bucal

Categoria: Estratégias adotadas nas práticas de educação em saúde bucal	
DIMENSÕES	SUBTEGORIA
Abordagem tradicional: evangelizando em saúde com foco na higiene	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecendo que educação em saúde significa “transferir conhecimento” - Afirmando que o mais importante na educação em saúde é a informação - Afirmando que educação em saúde significa orientar a higiene bucal, tanto na abordagem individual quanto coletiva - Considerando que os levantamentos epidemiológicos definem o que cada comunidade necessita - Implementando ações através das evidências científicas
Abordagem democrática: utilizando métodos didáticos para compartilhar informações	<ul style="list-style-type: none"> - Afirmando que as palestras e oficinas sobre orientação da higiene são os melhores meios para promover saúde - Reconhecendo que os dentistas definem os temas a serem trabalhados nas oficinas
Abordagem com participação popular coletiva concentra-se em cultivar saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Implementando na rede de atenção básica as “melhores práticas” considerando as “evidências científicas” - Reconhecendo que as ações de educação em saúde podem ser contínuas, dinâmicas e pautadas no diálogo através de uma abordagem crítico-reflexiva da realidade - Reconhecendo que os alunos da graduação aprendem com os profissionais da rede como aplicar os princípios do modelo dialógico de educação

Fonte: Produzido pela autora.

Nesta categoria, reconhece-se, portanto, três dimensões que expressam diferentes tipos de estratégias definidas de acordo com a abordagem quanto às práticas de educação em saúde bucal.

Alguns dos participantes desenvolvem estratégias com uma Abordagem Tradicional caracterizada como **“Evangelificação em Saúde”**. Evangelificar em saúde é um termo de vanguarda para denominar a educação tradicional presente na fala da maioria dos participantes desta pesquisa.

Nesta dimensão, os participantes expressaram-se de uma forma paternalística, pelo qual proclamavam como se deve proceder para possuir uma boa saúde. Nesta abordagem, a transmissão do conhecimento técnico-científico é privilegiada, sendo o educador o detentor do saber em que o papel do educador consiste em “encher” os educandos de conteúdos, fazendo depósitos de informação. Nesta visão, os homens são seres passivos, de forma que cabe a educação adaptá-los à realidade. Neste modelo de educação, considera-se que quanto mais se ensina mais se sabe. Entretanto, está bastante difundido o conhecimento crítico que questiona a efetividade destas práticas.

O termo “Evangelificar em Saúde” define os profissionais que não conseguem se despir do rigor do conhecimento científico considerado como verdade absoluta e única a ser proclamada para os indivíduos. Eles querem ser tidos como exemplos de conduta, apesar de reconhecerem a necessidade de considerar o conhecimento popular.

“[...] nas questões de educação permanente se concretiza no momento em que eu me capacito, em que eu estudo, em que eu busco uma nova informação, que a própria gestão identifica uma dificuldade e me traz uma fonte de educação permanente, então estar aprendendo na medida em que eu vou executando as minhas funções. Mais no sentido de transcender, de educar ao outro, naquela questão mais de ser um exemplo, de usar o nosso exemplo da nossa prática cotidiana para que aquele profissional que está em formação possa estar nos acompanhando nas nossas atividades, se motivando, experimentando, vivenciando um trabalho em equipe, como é que se comunica, como é que eu uso o conhecimento que eu adquiri na minha formação acadêmica e adapto esse conhecimento às diferentes realidades sociais com as quais eu trabalho, as diferentes condições de trabalho do local de trabalho que o empregador me oferece, e também no sentido

realmente de fazer que esses profissionais tenham uma visão mais integral e que saibam trabalhar em equipe. Que saibam dividir responsabilidades, que saibam dividir saberes, através dessa vivência de um trabalho mais multiprofissional [...]” (G3. 6 - p.15).

Alguns participantes entendem educação em saúde como educar pacientes para reduzir cárie e afirmam que reduzir número de consultas de urgências é promover saúde. Ou seja, implementar estratégias curativas e preventivas ainda se relacionam equivocadamente ao processo de educar em saúde.

“[...] o significado de educação e saúde é eu poder educar esses pacientes pra diminuir os casos de cáries até casos de consultas não digo agendadas, mas casos de urgências que nós temos bastante, diminuindo esses casos nós podemos promover mais saúde [...] Orientando, uso de fio dental, a higiene né como deve ser feita a higiene corretamente, a quantidade de vezes por que muitas vezes as pessoas acham que não tem necessidade de escovar 3 vezes ao dia, mas sim 1 vez, e dessa forma eu sei que eu vou estar melhorando esta situação né que cada vez mais se torna mais precária, que as pessoas não tenham essa visão.” (G1.1 –p.01).

Outros participantes adotam uma Abordagem Democrática de compartilhamento de informações. Este tipo de estratégia utiliza técnicas participativas no momento da execução da atividade. Contudo, os temas a serem trabalhados são definidos pelos profissionais da saúde sem consultar os usuários sobre as temáticas abordadas. Estas abordagens também estão focadas nas doenças e nas práticas de higiene bucal.

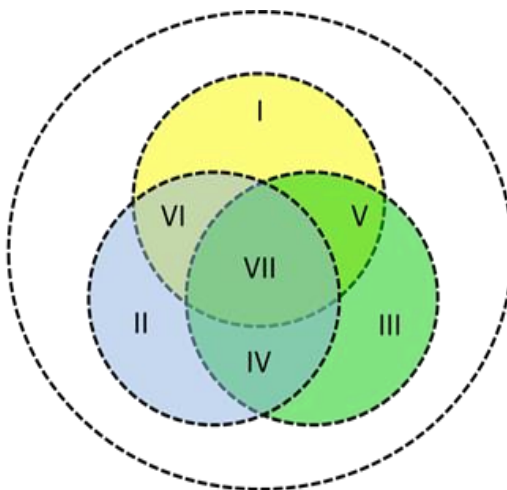
Profissionais dos CS e também professores da escola estão presentes nas atividades desenvolvidas utilizando como metodologia as oficinas, por exemplo. Afirmam que as oficinas são os melhores meios para promover a saúde, pois abordam: alimentação, higiene, a saúde como um todo.

“Nas oficinas trabalha todo o centro de saúde, as vezes é o médico que vai a gente articulando, com a escola, os médicos também vão, os enfermeiros, os técnicos e os agentes de saúde estão bem presentes e os dentistas, cada um na sua área, mas também as vezes num todo, todo mundo participa e se ajuda, porque um dentista não vai só falar sobre escovação, né? Vai falar também sobre higiene corporal, sobre alimentação, porque que causa uma higiene bucal, não perfeita né, porque perfeita é difícil, mas que eu digo de qualidade, né? É fala também sobre alimentação, que o dentista possa falar sobre alimentação saudável, não só sobre escovação, sobre cárie, sobre fio dental e essas coisas. Mas num todo, a gente vê a saúde da criança num todo, não só na boca.” (G1.2 – p.10).

Uma terceira estratégia identificada na expressão dos participantes foi a Abordagem com participação popular. Neste caso, se apropriam e utilizam nas práticas de educação em saúde bucal os pressupostos e fundamentos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Nesta estratégia estão situadas as práticas de educação em saúde não convencionais como alguns dos projetos vencedores do Prêmio Boas Práticas em Saúde, ano 2014. Estes projetos incluíram nesse tipo de atividade educativa várias ações, entre elas o desenvolvimento de hortas comunitárias de plantas medicinais e grupos de yoga, por exemplo. Os profissionais da saúde e os usuários estão no mesmo nível de importância e estabelecem uma relação horizontal e, portanto, dialógica de cultivar a saúde no sentido da construção coletiva dos saberes, alinhando o saber popular e o conhecimento científico, com objetivo de cultivar saúde.

Estes três tipos de estratégias possuem abordagens distintas, entretanto elas se interseccionam (Figura 11).

Figura 10 – Diagrama representativo da categoria Estratégias utilizadas para Práticas Educativas. I – Abordagem Tradicional. II – Abordagem Democrática. III – Abordagem de Gestão “cultivando saúde” e suas intersecções (IV - V - VI – VII).



Fonte: Elaborado pela autora.

O diagrama representa a categoria “Estratégias utilizadas para práticas educativas”. A área de interseção central (VII) e as 3 áreas seguintes (IV, V, VI) representam as intercessões entre (I e II), (II e III), e (I e III).

As interseções das estratégias tem a ver com as interseções dos mundos sociais, isto se reflete nas escolhas das estratégias e abordagens utilizadas pelos profissionais das saúde.

A terceira abordagem se intersecciona com a primeira e segunda em virtude de serem mais democráticas. Porém, o que caracteriza a estratégia como uma Abordagem voltada à participação popular em saúde é a pertinência e clareza teórica traduzida dos fundamentos da educação popular em saúde, tendo como orientação a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, com uma abordagem democrática e participativa baseada nos princípios do SUS e de valorização do conhecimento popular.

Outra característica importante dessa Abordagem está em considerar o conhecimento popular em saúde (que as pessoas trazem) e, assim podem estar contribuindo para uma construção coletiva do conhecimento, resignificando os saberes científicos contribuindo para desenvolver o autocuidado e o empoderamento.

A estratégia denominada “Abordagem voltada à participação popular em saúde” demonstra um modo de abordagem participativa e holística. Nessa abordagem promover a saúde se apresenta como uma dimensão dinâmica e integrada com o mundo social a qual chamamos de cultivar a saúde. Cultivar a saúde nos remete as ações em educação em saúde como atividades contínuas e dinâmicas de cuidado com a saúde nos níveis individual e coletivos em sintonia com o meio ambiente e mediadas pelo mundo social.

“ [...] Nas oficinas utilizamos uma técnica conhecida como “ batata-quente”, a gente pega vários objetos que relacionados à saúde: fio dental, escova, pasta de dente, sabonete, dentes, balas, chicletes, bolachas recheadas, a gente botou tudo numa caixa, fez uma grande roda, e começou a passar aquela caixa, quando parou na pessoa a pessoa tirou um e explicava se fazia bem ou mal pra saúde dela. Assim, foi passando a caixa, para cada aluno, que precisava explicar o que significava fio dental pra ela.[...]Os professores participam, eles ficam até o final, eles também participam, até pra eles entenderem, né? Que eles tem a pedagogia, mas as vezes não tem tanta essa parte de conhecimento nosso, né? A gente faz essa troca, a pedagogia com a saúde, é a nossa troca de conhecimentos [...] . (G1. 2 e-p.5)

Possui conexões com a categoria central “Fazendo a diferença” uma vez que assume da dimensão do cuidado, seja com a própria saúde ou com a saúde das outras pessoas. Além de se conectar com a abordagem educacional mais democrática e construtivista. Neste contexto, o modelo dialógico de educação em saúde propõe a construção do conhecimento, que deve ser pautado no diálogo, em que o educador e educando assumem papel ativo no processo de aprendizagem, através de uma abordagem crítico-reflexiva da realidade.

“[...] As equipes sentam junto, tanto a equipe de saúde da família responsável por aquela unidade educativa, como a equipe pedagógica, e os profissionais da educação daquela unidade educativa, também, para fazer o planejamento de todas aquelas ações com a supervisão da gestão do PSE aqui na secretaria e aí eles fazem o planejamento anual de que forma eles vão desenvolver essas ações nas oficinas[...]” (G2.4 - p.15).

“[...] Não é só de saúde bucal, é integrado, a gente fez uma gincana, por exemplo, sobre sexualidade. Esse ano, no primeiro semestre. Foi enfermeira, foi eu, agentes de saúde participaram. Foram dois dias de atividades, gincana. Com temas todos relacionados a sexualidade, paternidade responsável . (G1.11 - p.25)

“ [...] A gente faz por exemplo, atividade de colagem, solicitamos que façam colagens sobre o que entendem como saúde. Damos revistas para as crianças, procurarem imagens que elas relacionam com saúde, recortem e cole num cartaz, depois devem falar porque escolheu aquela imagem para representar a saúde [...] Uma criança recortou um cachorrinho, por exemplo, depois perguntei por que um cachorrinho está associado com saúde? Ela respondeu: “ porque o cachorro deixa a pessoa mais feliz, mais tranquila, a gente passeia com o cachorro, já faz atividade física, traz bem estar! [...] quando colam imagens de alimentos, sabem que somos dentistas, botam sorrisos. Temos oficinas com turmas maiores de adolescentes, ou de pré adolescentes 12, 13, 14 anos a gente já procura ir na sala deles, se apresentar, e perguntar o que eles gostariam de discutir relacionado com saúde[...]” (G1.11 - p.25)

As aplicações dos princípios do modelo dialógico de educação, nas práticas educativas em saúde, constituem um grande desafio, uma vez que alguns profissionais de saúde podem não ter conhecimento sobre esse modelo, outros não foram capacitados para aplicá-los a sua prática. Para os profissionais da equipe da saúde da família a educação em saúde precisa estar inserida no trabalho diário

“[...] tem que ter uma insistência muito grande para poder estar vivo esse conceito no dia-a-dia, né? Eu acho que qualquer relação que se estabelece é uma relação potencialmente de educação em saúde, de alguma maneira eu trato diariamente disso, quando a gente fala na mudança do estilo de vida, quando a gente se interessa pelo perfil da pessoa, pelas atividades que ela desempenha, pela forma que ela está no mundo, eu procuro trabalhar esses significados com ela, no sentido de educação em saúde [...]” (G3. 4 - p.8).

Esses profissionais são agentes de mudança, são profissionais com motivação empática internalizada, que se traduz na sua prática de cultivar a saúde. Cultivar a saúde é um termo de vanguarda que representa um processo de superação das práticas educativas tradicionais em saúde para abordagens mais democráticas, construtivistas e participativas, uma conquista para conquista de melhores condições de saúde bucal.

Capítulo 5 – DISCUSSÃO

O SUS, desde sua criação em 1988, tem colocado para o campo da Saúde Coletiva o desafio de concretizar os princípios da universalidade, equidade, descentralização, integralidade e controle social no dia-a-dia dos serviços.

A partir da expressão dos participantes, pode-se constatar que todos estão de alguma forma trabalhando empenhados para fazer a diferença, por meio de suas práticas de educação em saúde bucal, como agentes de promoção da saúde. Estes profissionais da saúde atuam mediante diferentes estratégias, influenciadas pelo mundo social do qual fazem parte. Assim, refletem a maneira com que as pessoas se comportam e agem, guiadas pela expressão do seu mundo social. O mundo social é aqui entendido como um espaço multidimensional, que não pode ser reduzido a um determinismo, pois se apresenta diferenciado em campos relativamente autônomos, no interior dos quais os indivíduos ocupam posições. Dessa forma, admite-se que o mundo social é influenciado e expressa linguagens, mitos e estruturas objetivas, independentes da consciência ou da vontade dos agentes, capazes de orientar ou de impor suas práticas ou suas representações (VALLE, 2007).

Cada mundo social é um universo de resposta mútua regularizada. Cada um é uma arena, na qual há um tipo de organização. Além disso, seus limites não são configurados nem pelo território, nem pela adesão formal, mas pelos limites de uma comunicação eficaz. A ênfase da análise mundo social é conhecer o "potencial criativo de indivíduos e grupos que atuam em face às limitações sociais". Isso significa também a compreensão das limitações como potencial da ação humana (STRAUSS, 1978, p.119).

Embora a ideia de mundos sociais pode referir-se centralmente a universos de discurso, deve-se ter cuidado para não restringir a procura apenas em formas de comunicação, simbolização, universos de discursos, mas também analisar as questões palpáveis, como atividades, associações, locais, tecnologias e organizações típico de particulares mundos sociais (STRAUSS, 1978, p. 121).

A categoria central Fazendo a diferença na educação em saúde bucal revela o significado de fazer a diferença associado à efetividade das ações educativas; Considerando também o acesso ao flúor. Esta efetividade pode ser medida por meio de evidência comprovada pela constatação da melhora nos índices de saúde bucal encontrados em inquéritos populacionais.

Um estudo de metanálise realizado em 1996 (KAY; LOKER, 1996) investigou a efetividade das atividades educativas em saúde bucal e concluiu que estas apresentam pequenos efeitos temporário na redução dos níveis de placa bacteriana. Este estudo dos anos 90 está de acordo com estudos recentes de revisão da literatura sobre a efetividade das intervenções educativas em saúde bucal. Lemkuhl et al. (2015) revisaram intervenções educativas para estimar seu impacto sobre as condições de saúde bucal e concluíram que estas produziram resultados clínicos inconsistentes a curto prazo, incluindo a redução de placa bacteriana, de sangramento gengival e cálculo dentário e da doença cárie. Contudo, a efetividade das ações educativas é questionada. A questão que se aponta está relacionada ao fato da continuidade da implementação de ações educativas em saúde bucal, seguindo abordagem tradicional, quando sua efetividade não é comprovada na literatura científica.

Turriani et al. (2012) avaliaram ações educativas realizadas com escolares adolescentes no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Foram realizadas intervenções educativas na escola, no domicílio por ACS e em grupos. Foram avaliados padrões de higiene bucal, escovação dental e consumo de alimentos doces. Os autores concluíram que as ações se mostraram efetivas na melhora das condições de saúde bucal e de hábitos, sendo importante o processo de capacitação e o planejamento conjunto das ações entre os profissionais da escola e os profissionais de saúde.

É importante refletir sobre os valores que fundamentam os significados da educação em saúde bucal e o modo como repercutem nas práticas dos profissionais. Os dados que fundamentam a teoria proposta “Fazer a Diferença na Educação em Saúde Bucal” apontam para uma reflexão sobre a adoção de diferentes abordagens nas práticas de educação em saúde pelos profissionais, ou seja, sobre como os valores fundantes se manifestam em diferentes dimensões, atitudes, estratégias e seleção de conteúdos distintos no desenvolvimento de tais práticas.

Os valores se manifestam em todas as ações de saúde, estando presentes sempre, sejam acompanhados de reflexão ou não. Os valores e princípios presentes nas práticas de educação popular (PNEPS, 2012) contribuem para promoção da autonomia do cidadão no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos, autor de seus projetos de saúde e modo de vida. Assim, Seedhouse (2004) questiona se o que orienta as ações de Promoção da saúde são os valores ou as evidências. O autor argumenta:

A literatura sugere que ao lidar com pacientes é importante não fazer julgamentos... E que as pessoas sejam encorajadas a pensar criticamente sobre seus valores [...] embora nossos antecessores em educação em saúde não utilizassem dos métodos que hoje em dia recomendamos para a classificação de valores, não há razão para pensar que a avaliação e encorajamento crítico nem sempre têm feito parte das estratégias em educação em saúde. O que precisamos é construir nossos próprios sistemas de valores correlacionados com a ideia de não julgamento (SEEDHOUSE, 2014, p. 83).

A razão principal que convencionalmente leva Promoção da Saúde a ser guiada por evidências está no modo de pensar as doenças como objetivos e serem enfrentados ou eliminados. Quando se considera as ações de promoção de saúde sob esse prisma, reconhece-se que o mais importante são as políticas voltadas para combater as doenças e suas causas.

Os resultados deste estudo mostram que as estratégias de educação em saúde adotadas possuem como objetivo principal combater a doença cárie, doença periodontal, tabagismo, obesidade, entre outras. A maioria dos participantes expressa uma grande preocupação em reduzir os índices de cárie. Assim, os profissionais da saúde planejam ações educativas com foco em orientações para a melhora da higiene bucal. Ensinar técnicas de higiene bucal caracteriza uma abordagem com foco na doença. Os resultados do estudo de Almeida e Ferreira (2008) afirmam que as atividades educacionais são realizadas em maior número por cirurgiões-dentistas e outros profissionais da ESF que realizam práticas preventivas direcionadas a prevenção da cárie dentária por meio de ações coletivas voltadas à orientação de técnicas de higiene dental com grupos. Pereira et al. (2009) estudaram a incorporação da equipe de saúde bucal na ESF e citam a realização de atividades preventivas realizadas com foco na higiene bucal e aplicação tópica de flúor. No estudo de Chaffee et al. (2013), utilizando uma abordagem tradicional baseada na transferência do conhecimento dos profissionais para as mães sobre alimentação saudável, os resultados demonstraram a não efetividade na redução de cárie nas crianças.

Todas as ações envolvem valores, à medida que pensamos e agimos sobre quais são as prioridades a serem trabalhadas. Dessa forma, valores distintos vão influenciar as decisões como, por exemplo, se esta ação educativa irá fazer a diferença para toda população ou para pessoas individualmente. Segundo Seedhouse (2004), há duas versões que sustentam a ideia que os valores orientam a Promoção da saúde. Uma que se fundamenta nos conhecimentos que se recebe de diferentes campos das ciências sociais, onde os seres humanos não percebem o mundo de maneira neutra, sendo, portanto, moldados por valores sociais. Por exemplo, quando o profissional apresenta uma atitude discriminatória, não somente esse profissional perde a possibilidade de transformar esta experiência em uma perspectiva alternativa e enriquecedora, como não será capaz de compreender os pensamentos e atitudes dos usuários que não possuem os mesmos valores que ele. A outra versão entende que a educação em saúde é dirigida por valores, sendo moralmente correto possuir alguns deles. Uma ideia fortemente objetiva, na qual o trabalho de promoção de saúde é simplesmente desenvolvido para permitir que as pessoas decidam por elas mesmas o que é saudável.

A categoria central Fazendo a diferença na Educação em Saúde Bucal está suportada sobre a tríade de sub-categorias Motivação, Planejamento e Estratégias. O modelo teórico formulado propõe que quando o profissional possui motivação empática, ou seja, a habilidade em se colocar no lugar do outro; quando planeja ações e as executa mediante uma abordagem participativa pode contribuir fortemente para fazer a diferença no processo educativo em saúde bucal, bem como seus efeitos.

O significado de “Fazer a Diferença” está diretamente relacionado a fazer o seu melhor como profissional, ir além do esperado, surpreender. Também pode estar relacionado a provocar mudanças, possuir foco e motivar pessoas. Desse modo, fazer a diferença no contexto da promoção da saúde é um comportamento ou atitude desejada e fundamental para a realização de práticas de educação em saúde bucal. Os resultados identificaram que esta categoria possui quatro dimensões: práticas, alcance, foco e técnicas.

A dimensão Práticas apresenta-se como a dimensão chave da categoria Fazendo a Diferença, pois, é guiada por grupos de valores. As escolhas das práticas são influenciadas pelo mundo social dos participantes. Outro aspecto a ser considerado é que as práticas geralmente estão vinculadas às políticas de saúde. As diretrizes da política nacional de saúde bucal brasileira (BRASIL, 2004) apresentam

as práticas de educação em saúde bucal como conjunto de ações que objetivam a apropriação do conhecimento pelo usuário sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como a possibilitar mudança de hábitos apoiando-o na conquista de sua autonomia.

A PNEPS define os princípios teórico metodológicos, os eixos estratégicos, os objetivos e as responsabilidades de gestão voltadas para a implementação da educação popular em saúde no SUS. Possui os princípios: Diálogo, Amorosidade, Problemática, Construção Compartilhada do Conhecimento, Emancipação, Compromisso com a Construção do Projeto Democrático e Popular (BRASIL 2013).

A educação em saúde, como parte de um processo de educação mais ampla, passa a ser entendida tanto como uma instância importante de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionados aos modos como cada cultura concebe o viver de forma saudável e o processo saúde-doença quanto como uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais (MEYER et al., 2006).

A dimensão Alcance refere-se ao poder da ação ser capaz de atingir toda a população, grupos ou pessoas, individualmente. Segundo Paim et al. (2011), a política de saúde bucal que prioriza a atenção básica e o crescente acesso aos serviços, se consolida no âmbito da implementação de um sistema de saúde universal. Para Pucca et al. (2009) a atual política nacional de saúde bucal brasileira procura desenvolver práticas democráticas de Educação em Saúde Bucal em níveis individual e coletivos, como orientação para o trabalho em equipe, no qual compete ao cirurgião-dentista o planejamento, organização, supervisão e avaliação (PUCCA et al., 2009; BRASIL, 2004).

A dimensão Foco representa uma dimensão da categoria central fazendo a diferença que potencializa a expressividade da categoria. Os resultados apontam que, em algumas situações, o foco é influenciado por fatores internos como motivação e a dedicação, ou seja, tem uma ligação direta com características pessoais dos profissionais por estar em conexão com o grau de motivação e com o esforço pessoal em torno de um objetivo comum.

Fazendo um paralelo entre o trabalho de um docente e um “educador para saúde”, o qual seria todo profissional envolvido nas atividades de promoção da saúde, independente da sua formação acadêmica. Ressaltamos que torna-se imperativa a aquisição de algumas habilidades educativas por parte desses profissionais que se propõem a

trabalhar com essa temática. Assim, Paulo Freire faz uma reflexão sobre essas situações dizendo que:

O que importa na formação docente é a compreensão do valor dos sentimentos, das emoções, do desejo, da insegurança a ser superada pela segurança, do medo que, ao ser “educado” vai gerando a coragem’(Freire,1999, p. 50).

Cada indivíduo possui potencial para motivar outros e colaborar com o resultado coletivo. Neste sentido, as práticas de educação em saúde bucal devem preferencialmente ser desenvolvidas de forma integrada com as demais áreas da saúde ou até mesmo fora dela, de forma interdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2004).

Daly et al. (2013) relatam que os cirurgiões-dentistas ingleses e demais membros de suas equipes de trabalho nos serviços públicos odontológicos, no contexto da atenção primária, também estabelecem ligações para uma abordagem multidisciplinar com colegas de outras profissões da área da saúde. No entanto, existem grupos externos ao serviço de saúde, que poderiam assumir um papel importante e envolverem-se mais nas ações de educação em saúde.

A dimensão Técnicas refere-se à seleção das abordagens utilizadas pelos profissionais, as quais caracterizam as estratégias de ações para educação em saúde bucal. Cada profissional atua mediante diferentes estratégias, que podem mesclar diferentes abordagens. Alguns dos participantes desenvolvem ações de educação em saúde bucal com clara abordagem estratégica tradicional, outros parecem incorporar abordagens mais democráticas. Entretanto, também foram identificadas estratégias com influência dos referenciais da Educação Popular (PNEPS, 2012). Os participantes dessa pesquisa que optam pelas estratégias com influências da abordagem com participação popular procuram desenvolver metodologias participativas no sentido de se cultivar a saúde (BRAZIL, 2012; HUBLEY; COPEMAN, 2013).

Segundo as diretrizes da PNSB (BRASIL, 2004) as ações de educação em saúde bucal podem ocorrer em uma ampla variedade de locais, como nos centros de saúde, escolas, creches, domicílios, instituições de permanência de idosos ou na comunidade. No ambiente escolar, os conteúdos de educação em saúde bucal devem ser pedagogicamente trabalhados, no intuito de serem incorporados aos demais conteúdos educativos em saúde. Poderão ser desenvolvidos na

forma de debates, oficinas de saúde, vídeos, teatro, conversas em grupo, cartazes, folhetos e outros meios.

Os resultados deste estudo reafirmam que possuir conhecimento e/ou acesso à informação não levam necessariamente a mudanças de atitudes. Santos et al. (2010), reconhecem que fatores emocionais interferem no aprendizado e as estratégias motivacionais mostram-se importantes na perspectiva da promoção em saúde. Os autores também afirmam que a educação em saúde deve ser significativa para o indivíduo. Segundo Daly et al. (2013) há três domínios principais no processo de aprendizagem: o cognitivo, que envolve compreensão conhecimento factual; o afetivo, que compreende emoções, sentimentos e crenças associados com a saúde; e o comportamental que se caracteriza pelo desenvolvimento de competências. Este autor também afirma que estes três domínios se relacionam entre si, mas esta relação é complexa, dinâmica e muito pessoal; raramente é linear. Em outras palavras, seres-humanos não são puramente racionais em seus pensamentos, sentimentos e ações.

A efetividade, ou seja, os sentimentos como prazer, simpatia, motivação, paixão, ternura funcionam como componente fundamental para atuação nas atividades educacionais. O afeto propicia a interação a comunicação e a união entre as pessoas e o objeto do estudo. A afetividade envolve e multiplica os potenciais humanos favorecendo o aprendizado Hoje sabemos que a afetividade e as emoções são partes indissociáveis da vida de todo ser humano, desde o nascimento, e fazem parte de todo o processo de evolução cognitiva e suas habilidades, refletindo-se esse processo, em última análise no processo de aprendizagem (ARAÚJO, 2013; MORAN, 2007).

Quando refletimos sobre educação em saúde e as diferentes abordagens e estratégias que podem ser utilizadas para tratar os domínios de aprendizagem, percebemos a relação complexa e dinâmica existente entre o conhecimento, atitudes e comportamento e os objetivos de tal ação. Assim, é essencial que todos os três elementos sejam devidamente contemplados nas práticas de educação em saúde bucal.

Os participantes admitem que ao representar as experiências de mudança de comportamento dos usuários, via ações educativas, fica claro que a motivação inicial para tal mudança não foi necessariamente ocasionada por razões de saúde. Nesse sentido Watt (1997) alerta que os cirurgiões-dentistas esquecem que, para a maioria das pessoas, dentes e gengivas não são a questão mais importante em suas vidas. As pessoas muitas vezes reduzem consumo de açúcares, por exemplo, não devido a preocupações com risco de desenvolver doença cárie, mas por causa de

preocupações com peso ou forma do corpo. Mesmo em se tratando de algo tão prejudicial para a saúde como o tabagismo, as motivações que levam as pessoas a cessar o uso do cigarro, muitas vezes são muito mais complexas e não estão linearmente associadas aos efeitos negativos e doenças causadas pelo hábito. É importante reconhecer as diferentes motivações que os indivíduos possam ter para mudar seus comportamentos. Mudanças de comportamento dirigidos para alcance de bons níveis de saúde podem ser importantes para as pessoas que estão especialmente preocupadas com sua saúde. Para muitos, no entanto, interesses sociais, financeiros e pragmáticos podem ser de suma importância nas suas motivações para mudança, e as chamadas mudanças de comportamentos relacionados à saúde, podem ser uma preocupação secundária (DALY, 2013).

Tôrres et al. (2011) reconhecem a educação em saúde como conjunto de medidas que visam atingir comportamentos saudáveis e que contribuam positivamente para efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Também, orientam quanto a necessidades do fortalecimento do auto cuidado sendo o indivíduo capaz de desenvolver e manter autonomia, motivação, habilidades e atitudes para cuidar de si mesmo.

A motivação empática na educação em saúde bucal pode ser considerada como um fator importante no trabalho dos profissionais de saúde frente a uma abordagem individual ou coletiva. A motivação para a mudança é elemento chave para fazer a diferença. Motivação é entendida aqui como conjunto de fatores internos que influenciam as ações de uma pessoa. Segundo Guimarães e Boruchovitch (2004), em seu estudo sobre a motivação intrínseca entre professores e estudantes, a motivação pode ser definida como uma tendência natural para buscar a novidade, o desafio, para obter e exercitar as próprias capacidades. Refere-se ao envolvimento em determinada atividade por sua própria causa, por esta ser interessante, envolvente ou, de alguma forma, geradora de satisfação. Configura-se como um fenômeno que bem representa o potencial positivo da natureza humana. A motivação tem sido considerada um fator relevante de análise, especialmente no trabalho. Nesta pesquisa, tais ações se manifestam como comportamentos e atitudes, podendo ser capturados a partir da expressão dos participantes. Os sentimentos que emergiram foram expressados de forma positiva como, por exemplo, felicidade, prazer e realização pessoal. Estes dados demonstram reconhecimento acerca do trabalho desenvolvido por meio das ações de educação em saúde bucal e promovem a motivação empática na educação em saúde bucal.

A empatia é a capacidade de se conectar com os outros, num sentido profundo, ouvindo e prestando atenção. Quanto mais se aprende a ler expressões emocionais sutis, mais os pacientes sentem o cuidado empático (GOLEMAN, 2013). A empatia depende de um esforço de atenção para entrar em sintonia com os sentimentos de alguém. Pode ser classificada em cognitiva, emocional e preocupação empática, sendo esta última responsável por nos preocuparmos com a pessoa, nos mobilizando para ajudar caso seja preciso (GOLEMAN, 2013).

As desigualdades sociais e culturais são bastante evidentes de uma região para outra e entre indivíduos usuários do sistema, no contexto estudado. Assim, a característica de empatia, a qual possui alto componente individual de expressão entre indivíduos, ao ser interpretada aqui como a capacidade de se colocar no lugar do outro, a partir de uma identificação afetiva ou intelectual, interfere no modo como os profissionais se mobilizam para fazer a diferença na educação em saúde bucal. A motivação empática do profissional da saúde contribui para o empoderamento do usuário e, consequentemente, redução de desigualdades sociais. Segundo Daly et al. (2013), ações com esse objetivo ajudam as pessoas a identificarem as suas próprias preocupações e prioridades e desenvolverem confiança e habilidade para abordar estas questões. O empoderamento é essencialmente uma abordagem ascendente por meio da qual os profissionais agem como facilitadores.

Silva et al. (2008), utilizaram o referencial da Teoria Salutogênica, que considera o contexto e o significado quando se procura entender as escolhas de vida, para melhor compreender as decisões que as pessoas tomam e os caminhos que perseguem ao longo das suas vidas. Os autores consideram que o empoderamento das pessoas é uma importante estratégia para a promoção da saúde, para que todos possam ter maior controle sobre sua vida e alcançar pleno potencial para ser saudável. Nesse sentido, a teoria centra-se no desenvolvimento de capacidades e recursos que permitam às pessoas lidar eficazmente com as demandas e desafios da vida cotidiana e, assim, manter e melhorar a sua saúde.

A Carta de Ottawa (WHO, 1986), ao indicar a necessidade de reforço da ação comunitária nas ações de promoção da saúde, ressaltou o empoderamento como a capacitação dos indivíduos e das comunidades nos processos de definição de prioridades, tomada de decisões e planejamento e implementação de estratégias, para alcançar uma saúde melhor. Considerando a saúde como produção social de

múltiplos condicionantes, a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção se torna indispensável para conquistar melhorias na qualidade de vida. Partindo desse pressuposto, a educação em saúde bucal é uma atividade que necessita ser repensada e seus conceitos bem empregados para que atinjam os objetivos propostos desde a Carta de Ottawa (1986). Esta prática exige a criação de uma rede de diálogos entre profissionais e usuários, na qual ambos tenham espaço de atuação (BETTS, 2008).

A promoção da saúde é, então, considerada como campo essencial da saúde coletiva e como estratégia para atender aos princípios do SUS (DWYER, 2007). Nesse sentido as ações de educação em saúde bucal apresentam forte interface com os preceitos da Promoção da Saúde por meio da melhoria da auto-estima, diminuição da alienação e incremento de conhecimentos, abrindo o campo de possibilidades de escolhas do indivíduo, deixando-o livre para decidir sobre seus comportamentos. Estas atividades segundo Ross e Mico (1997) são definidas como um processo, com dimensões intelectuais, psicológicas e sociais relacionadas com atividades que aumentem a capacidade das pessoas para tomar decisões conscientes sobre sua vida pessoal, familiar e bem-estar da comunidade. Quando baseado em princípios científicos, são processos que facilitam a aprendizagem e mudança de comportamento. Os resultados deste estudo revelam que as ações de educação em saúde que contemplem a perspectiva do empoderamento do usuário, tornam-se essenciais para a viabilização da proposta da Estratégia Saúde da Família, como modelo de atenção a ser implementado, e dos preceitos do Sistema Único de Saúde.

Apesar do termo empoderamento ter sido amplamente citado entre os entrevistados, chamou a atenção pela diversidade de significados atribuídos. Em nossos resultados constatou-se que o termo empoderamento assume diferentes significados, com interpretações particulares, tais como: possuir informação, capacidade para tomada de decisão, autonomia, autocuidado e instrumentalização para a prática. Alguns participantes até mesmo citaram este termo de forma limitada ou equivocada, referindo-se a práticas educativas tipicamente de evangelização em saúde relatam uma prática de educação em saúde bucal tradicional, ensinando técnicas de escovação e acreditam que estão motivando pessoas a realizarem uma boa higiene bucal. Parte-se do pressuposto que os indivíduos são ignorantes, portanto, faz-se necessários a ensiná-los algo, no sentido tradicional desse termo. Assim, ficou evidente a contradição, pois, ensinar técnicas de escovação ou uso do fio dental, com foco na higiene bucal confronta com o que se deseja

em termos de cultivar a saúde.

A literatura científica internacional reconhece que educação em saúde bucal, bem como, ações de prevenção de doenças são elementos importante da promoção da saúde e manutenção da saúde bucal, devendo fazer parte das atividades desenvolvidas por todos os profissionais de saúde bucal. A educação em saúde bucal eficaz, em grande parte, dependente de planejamento detalhado e trabalho em equipe, baseadas nas evidências científicas disponíveis (DALY et al., 2013). No SUS, no âmbito da atenção básica, são atribuições do cirurgião-dentista, que tangenciam as práticas de educação em saúde: executar as ações de assistência integral de acordo com o planejamento local, coordenar ações coletivas, voltadas à promoção da saúde e prevenção de agravos, capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal, realizar atividades de educação de saúde bucal na família com ênfase no grupo infantil.

O planejamento das atividades em educação em saúde bucal deve envolver todos os Profissionais da ESF. Entretanto, verificou-se que na maioria das vezes os cirurgiões-dentistas são os profissionais que realmente planejam e executam as atividades. Caracterizando um certo isolamento entre os demais profissionais e equipe de saúde bucal mesmo trabalhando no modelo da ESF (Santos et al., 2009; Brasil, 2001).

Para os gestores e profissionais entrevistados, planejar atividades utilizando estratégias com abordagem voltada a participação popular, por meio de estratégias problematizadoras e que estimulem a reflexão, ainda se configura como um desafio. Especificamente os gestores entrevistados afirmaram não haver imposição em relação a frequência de realização das práticas coletivas de educação em saúde bucal, bem como os temas abordados e métodos utilizados. Entretanto, recomendaram organizar o planejamento das ações, de forma a incluí-las no cronograma semanal de atividades, e divulgá-lo amplamente para demais membros da equipe, outras equipes e principalmente, para os usuários, informando os dias e horários em que cada equipe se dirige as escolas, creches, realiza visitas domiciliares e atendimento clínico no consultório, entre outras atividades. Os gestores reconhecem que o principal objetivo do planejamento está em refletir sobre as ações para que possam implementar mudanças, indo além do exigido normativamente ou do prescrito.

Os profissionais da saúde, cirurgiões-dentistas e técnicos em saúde bucal, relataram sua experiência cotidiana, planejando as atividades e por vezes discutindo esse planejamento em reunião de equipe ou de unidade. Foi mencionado também a participação de alunos de graduação inseridos nas atividades de educação em saúde nas escolas, creches e grupos.

Em relação ao papel da integração de ensino-serviço nas atividades dos estudantes de graduação, Albuquerque et al. (2008) salientam que:

Atualmente, não é possível pensar a interface entre ensino e trabalho sem remeter-se à educação permanente. Neste sentido, é preciso contextualizar a integração ensino-serviço neste movimento: profissionais de saúde, docentes e estudantes devem estar inseridos nas estratégias de educação permanente, tendo em vista melhorar a formação e fortalecer o SUS (ALBUQUERQUE et al., 2008, p. 361).

Os resultados apontam que capacitar a equipe de saúde é de fundamental importância para o desenvolvimento das atividades de educação em saúde.

Na Inglaterra, a literatura reporta uma mudança gradual nas práticas de educação em saúde. Estas têm tido a tendência de realizar uma abordagem inicial, mais abrangente, tendo como público-alvo profissionais influentes e tomadores de decisão. Esta forma de educação em saúde tenta centrar a ação em indivíduos ou organizações primeiramente e, em seguida, disseminá-las para um público mais amplo. É considerada uma abordagem mais eficaz para alcançar mudanças sustentáveis e mais eficiente em termos de custo-benefício (DALY et al., 2012).

Algumas práticas em educação e saúde bucal mencionadas pelos entrevistados apresentam o empoderamento dos usuários como objetivo das ações. Argumentam que empoderar os usuários é fazer com que eles sejam mais capazes e tenham mais habilidades e conhecimentos para lidar com as situações. Assim, ações de educação em saúde empoderam o usuário por meio do compartilhamento da informação, mas também por possibilitar motivação para a mudança de hábitos e reflexão. Os usuários sentem-se motivados a realizarem escolhas saudáveis quando recebem informações e constroem coletivamente o conhecimento à cerca das temáticas em saúde.

Estudos sobre trabalho cotidiano do agente comunitário de saúde (ACS) propuseram uma abordagem crítico-reflexiva e multiprofissional nas unidades de saúde da família, particularmente na capacitação dos agentes comunitários por meio de estratégias democráticas e participativas (MIALHE et al., 2011; MORETTI-PIRES et al., 2007). Além da necessidade dos ACS repensarem a forma como vêm desenvolvendo suas práticas educativas em saúde bucal, a fim de favorecerem a construção da cidadania plena pelos indivíduos.

Neste estudo, as práticas de educação em saúde bucal foram classificadas em Estratégias Tradicionais, Democráticas ou Populares. Estratégia é definida como um conjunto de atividades que, quando implementadas, destinadas a alcançar o objetivo / alvo. Masetto (2003) amplia o conceito de estratégia de ensino aprendizagem, considerando-as como os meios utilizados pelo professor para facilitar o processo de aprendizagem dos alunos. Nesta definição, entram a organização do espaço utilizado enquanto sala de aula, os materiais necessários, os recursos audiovisuais, as visitas técnicas, os estudos de casos, as discussões em grupos, o uso da tecnologia, entre outros aspectos. A escolha da estratégia para trabalhar no âmbito coletivo é mediada pelo mundo social do profissional de saúde e as interações com os membros da equipe (SEEDHOUSE, 2004).

A abordagem tradicional foi compreendida como uma estratégia por meio da qual se pretende mudar os indivíduos, na qual ensinar e educar tem o mesmo significado. A demonstração de técnicas de escovação e o treinamento para o uso do fio dental são posturas tradicionais, típicas de uma ação de evangelização em saúde. Para Meyer et al. (2006) normas de viver definidas como “certas” e “erradas” são compreendidas como decorrência do domínio ou da ignorância de um certo saber. Assim, a ação educativa, assentada no pressuposto da existência de um ser humano potencialmente livre e autônomo, passa a ser concebida e exercitada como processo de instrução passiva para o exercício do poder sobre a própria saúde. Esse processo tem como objetivo central a mudança (imediata e unilateral) de comportamentos individuais a partir de decisões informadas sobre a saúde, em um contexto onde se exercita uma forma de comunicação de caráter basicamente cognitivo/racional.

A partir da expressão dos participantes dessa pesquisa, fica claro que pessoas pertencentes a um determinado mundo social utilizam mais a abordagem tradicional, levam as suas convicções para as práticas educativas na comunidade, trabalham no âmbito coletivo com a disseminação de informações e apresentam um grande foco na higiene.

Pereira et al. (2009) relatam que o aumento do número de cirurgões-dentistas atuando na estratégia saúde da família levou a uma melhoria na oferta de serviços odontológicos. Citam atividades educativo-preventivas realizadas com foco na higiene bucal e aplicação tópica de flúor. Entretanto, os autores refletem que o novo modo de produzir saúde impacta sobre o processo de trabalho da equipe de saúde bucal, apesar deste não traduzir, plenamente, os pressupostos deste modelo de atenção.

Sousa e Toassi (2011), em estudo de revisão, reportam que, em relação às estratégias metodológicas educativas propostas nos artigos selecionados, 16 (25,4%) não referiram a metodologia da ação educativa utilizada. Dos artigos que descreviam os métodos educativos tradicionais, o recurso mais frequente utilizado foi a distribuição de folhetos educativos (palavra escrita), seguido da palestra ou instrução verbal (palavra falada), cartazes e demonstrações com o uso de macromodelos.

Reis et al. (2010) e Rodrigues et al. (2011) reconhecem que a educação em saúde bucal é a estratégia coletiva mais empregada nas ações em saúde bucal. Entretanto, ainda destacam o repasse de orientações sobre higiene bucal e controle da dieta, como práticas hegemônicas, utilizando informações sobre saúde bucal com foco na incorporação de conhecimento pelos usuários.

Segundo Meyer et al. (2006), as práticas sanitárias que ganharam hegemonia ao longo do século XX fundaram-se na afirmação da objetividade, da neutralidade e da universalidade do saber científico e nos modelos clássicos de explicação do processo saúde-doença, pressupostos que sustentam a prescrição de comportamentos tecnicamente justificados como únicas escolhas possíveis para o alcance do bem-estar de todos os indivíduos, independentemente de sua inserção sócio histórica e cultural. Para superar as práticas educativas com estratégias tradicionais, verticais, baseadas em mudanças de comportamento individuais, torna-se imprescindível superar também as limitações na formação profissional da equipe de saúde da família.

Esta abordagem também se evidencia no momento em que as pessoas, usuários do SUS, não participam da escolha dos temas e recebem apenas a informação via métodos tradicionais, com cunho paternalista. Corroborando os achados, cita-se o estudo de Bessen et al. (2007), realizado com profissionais da saúde da ESF, em Florianópolis. Os autores verificaram que, além de estarem atuando com foco na doença, seguem um modelo tradicional de imposição de conhecimentos técnicos de como cuidar da saúde, desconsiderando o saber popular e

aspectos culturais relevantes. Adotar uma estratégia tradicional demonstra que estes profissionais podem estar, mesmo sem perceber, exercendo práticas de educação em saúde guiadas pelas evidências e que resignificam as ações de promoção da saúde para ações voltadas ao combate/controlar das doenças bucais. Isso talvez explique a razão de estarem frequentemente direcionando suas práticas educativas para higiene bucal (SEEDHOUSE, 2004).

A abordagem democrática caracteriza-se por uma abordagem mais participativa, em que a colaboração dos usuários é citada pelos participantes. Contudo, suas práticas são motivadas principalmente por trabalhar com os conhecimentos e as técnicas de higiene bucal, mesmo quando afirmam que o objetivo dessa ação é o empoderamento dos usuários. Os profissionais da saúde decidem a temática e as estratégias utilizadas procurando motivar o autocuidado por meio do repasse de informações com vista a gerar ganho de conhecimentos. Apresentam valores que se relacionam com liberdade e empatia durante as práticas de educação em saúde. Entretanto, se intersecciona com a abordagem tradicional em alguns aspectos como, por exemplo, a utilização de métodos tradicionais, como aulas e palestras. Existe uma contradição quanto a esta abordagem democrática nas práticas de educação em saúde bucal no momento em que os usuários não participam das principais escolhas, tema ou métodos por exemplo, apenas emitem opiniões, participando do processo mediante as decisões da equipe de profissionais da saúde e gestores. Faccin et al. (2010), recomendam estratégias mais participativas, rompendo com os modelos mais tradicionais de educação em saúde e sugerem a incorporação de tecnologias leves e ações educativas para promover condutas saudáveis.

Para organizar as atividades educativas, alguns profissionais da saúde propõem metodologias participativas e democráticas as quais convidam e possibilitam aos participantes a refletirem sobre o significado da saúde e a relação deste com suas vidas. O planejamento das atividades de educação em saúde bucal transforma-se em participativo ao viabilizar, efetivamente, a participação dos usuários na tomada das decisões e ao utilizar técnicas democráticas de construção conjunta do conhecimento, por meio da problematização dos assuntos abordados.

O aprendizado em parceria com o usuário não é apenas transferir conhecimentos, meta que temos tentado alcançar com esse trabalho. Partindo dessa perspectiva, é importante pôr em evidência o papel do profissional da saúde que trabalha com educação em saúde, que passa a ocupar um lugar de facilitador e incentivador do usuário na construção desses conhecimentos e podem permitir a troca horizontal de suas experiências.

[...] o fundamental é que o professor e os alunos saibam que a postura deles, do professor e dos alunos, é dialógica, aberta curiosa, indagadora e não apassivada, enquanto fala ou enquanto ouve. O importante é que o professor e os alunos se assumam epistemologicamente curiosos.(FREIRE, 1999, p.95)

Santos et al. (2009), afirmam que a educação em saúde possibilita mudanças para melhor qualidade de vida reconhecendo que para isso seja necessário que o processo de trabalho dos profissionais de saúde valorize e o respeite os diferentes saberes, em um ambiente de descontração, compartilhando o planejamento das atividades com a equipe e considerando a realidade dos usuários. Sugere que haja espaço para troca de experiências e estímulo à participação comunitária.

'(...)Educação em Saúde se realiza em práticas de educação popular, que a gente sabe que é importante, levar para comunidade a reflexão, sair do foco da doença, fazer educação popular em saúde, a gente sabe que é importante' difíceis ' (...)(G3.7 p-18).

Os participantes reconhecem que o referencial teórico do profissional, e a atitude dele como sujeito frente a outro seja mais 'Freireana' uma vez que os seres humanos se educam mediados pelo mundo esta é uma via de mão dupla.

[...] 'Nos atendimentos coletivos que a gente prioriza alguns grupos como gestantes, crianças, usuários assim com problemas de saúde mental, mas também nas consultas individuais a educação em saúde está presente. A partir do momento em que o referencial teórico do profissional, e a atitude dele como sujeito frente a outro seja mais, Freireana, né? Os seres humanos se educam

mediados pelo mundo, então é uma via de mão dupla, eu também estou aprendendo, eu também estou colhendo informações, eu também estou fazendo minha reflexão, então educação em saúde, ela só é viva quando ela vem no coração de quem está trabalhando com isso, para entender que quando oportuno, quando é possível, você pode ampliar o entendimento sobre uma questão e isso resultar num ganho de autonomia, ao invés de favorecer uma dependência, que é ruim, eu acho, no meu entendimento em qualquer situação' [...] (G3.7 p-19).

Importante destacar que, desde o lançamento da PNEPS (2012), a ações de educação em saúde têm oficialmente uma práxis político-pedagógica orientadora da construção de processos educativos e de trabalho social emancipatórios, direcionados à promoção o da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida, à superação o das desigualdades e de todas as formas de discriminação, violência e opressão.

Badalotti et al. (2013), em seu estudo, relataram uma estratégia educativa com abordagem tradicional com foco na higiene e dieta, apesar de escrever sobre as ideias freireanas. Entretanto, as ações educativas incluíram roda de conversa, fantoche, orientações sobre escovação dental e dieta. Realizaram encontros lúdicos e escovação dental supervisionada. Supõem que as características dessas ações podem ter sido responsáveis pela melhoria dos índices iniciais e finais desse estudo.

Os profissionais da saúde que apresentaram uma maior intimidade com a abordagem popular, consideraram o conhecimento popular em saúde (bagagem que as pessoas trazem) e a partir deste podem contribuir para uma construção coletiva do conhecimento, ressignificando os saberes científicos e contribuindo para desenvolver o autocuidado e o empoderamento, em busca da melhor qualidade de vida e bem-estar. Nesse sentido, buscam construir a autonomia do sujeito, reconhecendo a liberdade como um elemento presente nas práticas educativas fundamentadas na participação popular. Acreditam ser possível a construção coletiva do conhecimento acerca das questões de saúde. Assim,

Ampliar a abrangência das práticas educativas, dá-se no sentido da incorporação de estratégias participativas, nas quais a interação com o repertório sociocultural e o seu resgate constituem um recurso de acomodação dos conteúdos técnico científicos ao universo cultural daqueles a quem se deseja (ou se deve) ensinar. A lógica que se persegue é a da busca de meios mais eficazes para dar conta de objetivos que continuam circunscritos ao universo da higienização e normatização dos comportamentos, como se uma consideração ampliada de sua determinação pudesse gerar uma forma, também ampliada, de prevenção de riscos e adesão a comportamentos saudáveis ainda definidos e legitimados, em primeira instância, pelo conhecimento técnico científico (VALADÃO, 2004, p. 65).

Entende-se que cada uma das três abordagens utilizadas nas ações de educação em saúde bucal pelos participantes muitas vezes se interseccionam e colidem, tal como seus mundos sociais. Nas três estratégias os participantes relatam a motivação empática expressada como sentimentos e emoções da intenção de fazer a diferença na educação em saúde bucal, numa perspectiva coletiva.

A categoria central Fazer a Diferença, também está relacionada ao desenvolvimento de ações orientadas a cultivar saúde. Fazer a Diferença traduz-se em ações que mudam algo essencial em saúde pública/coletiva e, assim, ressignificam a efetividade das ações educativas em saúde bucal. Estas são abordagens inovadoras, de vanguarda que fazem a diferença, pois desejam mais do que mudar comportamentos de saúde. Os profissionais de saúde são agentes de mudança; são profissionais com motivação empática internalizada, a qual transparece na sua prática diária. Essa discussão nos remete novamente às percepções pessoais como formas particulares de ver o mundo e construir conceitos e valores, mediadas pela influência do mundo social. (SEEDHOUSE, 2004).

A prevenção de doenças assumem uma dimensão ética e implicam no exercício de determinadas formas de poder, de autoridade e de controle social. É necessária renovação das práticas de saúde, [...] trazendo a saúde – assim como a possibilidade de adoecer – para o campo da vida real, para o mundo dos sujeitos em relação, no qual esses processos ganham sentidos singulares (MEYER et al., 2006, p. 1342).

Finalmente, ressalta-se que o engajamento entre usuários do sistema de saúde e os profissionais da saúde faz toda a diferença quanto da análise da efetividade de suas ações. As evidências científicas são maneiras de avaliar esta efetividade nas populações, entretanto, não devem ser o único fator a ser considerado para determinar estas ações, especialmente as de cunho educativo. Assim, os valores guiam as ações de educação em saúde bucal, numa perspectiva de promoção de saúde, e as evidências confirmam se estamos agindo na direção certa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização deste estudo, houve por meio de um processo de análise comparativa, organização em categorias e integração de dados qualitativos sobre o fenômeno do significado da educação em saúde na Estratégia Saúde da Família e sua influência nas práticas educativas em saúde bucal, elaborou-se então, o modelo teórico cuja categoria central emergente foi “Fazendo a diferença na educação em saúde bucal”. O modelo é composto também pela integração da categoria central com as demais categorias: “Motivação empática na educação em saúde bucal”, “Planejando ações de educação em saúde bucal” e “Estratégias adotadas nas práticas de educação em saúde bucal”.

A categoria central “Fazendo a diferença na Educação em Saúde Bucal” está suportada sobre a tríade de sub-categorias Motivação empática, Planejamento e Estratégias. O modelo teórico formulado propõe que quando profissional possui motivação empática, ou seja, a habilidade em se colocar no lugar do outro; quando planeja ações e as executa mediante uma abordagem participativa pode contribuir fortemente para fazer a diferença no processo educativo em saúde bucal, bem como seus impactos.

Os resultados apontam que fazer a diferença na educação em saúde bucal significa estar alinhado às práticas participativas de educação em saúde, sendo estas guiadas por valores, e monitorado por meio de evidências científicas. Os profissionais que integravam as equipes de saúde da família e gestores municipais procuram fazer a diferença na educação em saúde, sentindo-se valorizados e reconhecidos; demonstrando motivação empática perante as ações na educação em saúde bucal e procurando desenvolver habilidades para contribuírem com a redução das desigualdades, por meio do empoderamento dos usuários.

Entretanto, identificou-se que ainda são presentes ações de educação em saúde bucal com abordagens de cunho individualista, paternalística e prescritiva, com foco no aconselhamento e transmissão do conhecimento, e que ignoram o contexto sociocultural e o mundo social dos usuários, tornando-se, portanto, ineficaz na redução das desigualdades em saúde. Assim, as ações em educação em saúde ainda necessitam de um planejamento mais participativo, mediante a reflexão contínua acerca dos valores que conduzem à promoção da saúde, considerando o mundo social dos envolvidos e contemplando as relações do processo saúde-doença no contexto em que vivem.

O modelo teórico reconhece ainda que as opções por estratégias de educação em saúde bucal estão vinculadas às escolhas que permeiam o planejamento e as abordagens adotadas, sendo mediadas pelo mundo social ao qual pertencem os tomadores de decisão. Desse modo, as estratégias, por vezes, vislumbram também adoção de abordagens que consideram o saber popular e o insere no mundo acadêmico-científico, dando sentido à motivação empática como uma conexão com os conhecimentos e sentimentos das pessoas.

Acredita-se que estes resultados podem ser mais significativos quando for valorizada a motivação empática, que emerge da conexão entre os conhecimentos e os sentimentos das pessoas envolvidas. Esta realidade pode ser viabilizada mediante processo contínuo de reflexão, formação crítica e capacitação profissional, mas também envolvendo todos no ambiente dos serviços de saúde e correlatos, acadêmico, profissional e sócio comunitário.

O estudo contribuiu para a construção de referenciais teóricos que sustentem as práticas de educação em saúde no âmbito coletivo, considerando o processo de trabalho do CD na ESF, por promover uma reflexão crítica das ações realizadas no âmbito dos serviços públicos de saúde e da academia sobre o desenvolvimento das práticas de educação em saúde, além das reflexões acerca da qualidade na formação de recursos humanos a partir da produção de conhecimentos em torno desta temática.

Reconhece-se como limitações do estudo, tratar-se de uma investigação baseada no discurso, sem a observação direta das práticas educativas. Além disso, os participantes, distribuídos nos grupos amostrais, não contemplam todos os profissionais vinculados de alguma forma à Estratégia Saúde da Família, bem como os gestores não representam todas as áreas administrativas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Outra limitação foi o fato de não ter havido relatos negativos acerca do trabalho de educação em saúde bucal realizado pelos participantes. Ainda, o estudo foi realizado no contexto de uma capital do sul do Brasil, traduzindo, portanto, determinada realidade. Porém, acredita-se que o modelo aqui elaborado e validado teoricamente, possa ser adaptado a outras realidades, possuindo flexibilidade e abstração necessária, ao transcender os dados brutos oriundos das entrevistas.

De toda forma, sugere-se que outros contextos sejam investigados, com diferentes abordagens metodológicas, para aprofundar e ampliar estudos teóricos que analisem as questões relacionadas à tomada de decisão, planejamento, seleção de estratégias e abordagens

em relação às ações de educação em saúde bucal, bem como, que melhor compreendam as repercussões e os impactos dessas práticas na condição de saúde bucal da população e na promoção da saúde.

Este estudo contribuiu de forma inédita para a construção de referenciais teóricos que sustentem boas práticas de educação em saúde bucal.

Por fim, afirma-se a defesa pela garantia de igualdade de oportunidades para todas as pessoas para atingirem seu potencial mais elevado de saúde. Esta luta deve ser responsabilidade de toda sociedade, trabalhando conjuntamente por fazer a diferença para além da busca por padrões de estilos de vida saudáveis, mas para se cultivar a saúde e bem-estar em todas as dimensões da vida humana.

REFERÊNCIAS

ADORNO, T. W. **Educação e Emancipação**. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface (Botucatu)**, v. 8, n. 15, p. 259-274, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 Out. 2015.

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 357, n. 32, p. 356-62, 2008.

ALMEIDA, G.C. M.; FERREIRA, M. A. F.. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 2131-2140, 2008.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso: em 19 Jul. 2015.

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, v. 16, n. 2, p. 315-319, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Jun. 2015.

AROUCA, S. O **Dilema Preventivista**: Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ATKINSON, S. et al. "Going Down to the Local: Incorporating Social Organisation and Political Culture into Assessments of Decentralised Health Care". **Social Science and Medicine**, v. 51, p. 619-36, 2000.

AUGUSTO, L.G.S.; BELTRÃO, A.B. **Atenção primária à Saúde: o ensino da saúde na comunidade**. Recife: Ed. UFPE, 205p, 2008.

AVENANTI, A. et al. The pain of a model in the personality of an onlooker: Influence of state-reactivity and personality traits on embodied empathy for pain. **NeuroImage**, v. 44, n. 1, p. 275–83, 2009.

BADALOTTI, T. S.; WEIGERT, K. L.; BOS, A. J. G. Efeito de um programa de educação em saúde no perfil de saúde bucal de pré-escolares: uma experiência na rede pública de Porto Alegre, Brasil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s.l.], v. 26, n. 1, p.102-09, 2013.

BADUY, R. S. **O programa de saúde da família em Londrina: Construindo novas práticas sanitárias**. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

BAGGIO, M.; ERDMANN, A. L. Teoria fundamentada nos dados ou GroundedTheory e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 3, p.177-85, 2011.
 BARROS, C. M. S.(Coord). SESC. **Manual técnico de educação em saúde bucal**. Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2007. 132p.
 Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manualTecnicoEducacaoSaudeBucal.pdf> Acesso em: 24 mai. 2014.

BASTOS, J.R.M.; PERES, S.H.C.S.; RAMIRES, I. Educação para a saúde. In: PEREIRA, A.C. et al. **Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, p.117 - 139, 2003.

BESEN, C. B. et al. Estratégia da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 57- 68, 2007.

BETTS, J. **Considerações sobre o que é humano e o que é humanizar**. Portal Humaniza. [citadoem 14 abr 2013].

BLUMER, H. **Symbolic Interactionism: Perspective and Method**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1968.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Porto Editora, 1999.

BOLLMAN, M. G. N. Revendo o Plano Nacional de Educação: proposta da sociedade brasileira. **Educação e Sociedade**, v. 31, n.112, p. 757-676, 2010.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n. 1, p.68-80, 2005.

BRANDÃO *apud* VASCONCELOS E M. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. VASCONCELOS, E. M. (org). São Paulo: Hucitec, p. 21. 2001. (Saúde em Debate; 140) 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conferência Nacional de Saúde, 8. **Relatório Final da 8ª- Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf_nac_rel.pdf. Acesso em: 09 out. 2013.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de janeiro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde. **Descentralização dos Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Brasília, MS/SUS, 1993.

_____. Ministério da Educação e Cultura, Secretaria de Educação Fundamental, MEC. A tradição pedagógica brasileira. In: **Parâmetros Curriculares Nacionais** (MEC, org.), p. 30-33, Brasília, 1997.

_____.Ministério da Saúde.**As Vantagens da Municipalização da Saúde**. Brasília, MS, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da atenção básica à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**. Brasília, . Seção 1. p. 85, 2000.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Caderno Atenção Básica**. Vol. 1 e 2, 2000.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas. **Guia Prático do programa de Saúde da Família**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde, Programa Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____.Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Programa Atenção Básica (PAB):** parte fixa. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. 16 p. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde,**3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social**, Brasília, DF, de 29 de julho a 1.º de agosto de 2004. Brasília, 2005. Disponível em:http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_bucal.pdf. Acesso em: 30 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**, v.4, 60 p. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**, 60 p. Brasília, 2006b. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Básica, Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica, n. 17**, série A. Normas Manuais Técnicos, 92 p. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 21 mai. 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Educação e Cultura, Conferência Nacional de Educação (CONAE). **Construindo o Sistema Nacional Articulado de Educação**: o Plano Nacional de Educação, diretrizes e estratégias; Documento Final. Brasília, DF: MEC, 2010. Disponível em: http://Conae.mec.gov.br/images/stories/pdf/pdf/doc_base_documento_final.pdf. Acesso em: 7 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde – CNEPS**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGETS. **Políticas e ações/Ministério da Saúde**, 2. ed., rev. – Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Plano Operativo da Política Nacional de Educação Popular em Saúde – PNEPS**. Brasília – DF, 2013. 6 p.

_____. Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNaPS : revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 32 p, 2014.

BUSS. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CARDOSO DE MELO, J. A. **Educação e as Práticas de Saúde**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Trabalho, Educação e Saúde**: reflexões críticas de Joaquim Alberto Cardoso de Melo. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007.

CARDOSO DE MELO, J. A. **Educação Sanitária**: uma visão crítica. Cadernos do Cedes. São Paulo: Cortez Editora- Autores Associados, n. 4, p. 28-43, 1981.

CARVALHO, J. C.; REBELO, M. A. B.; VETTORE, M. V. The relationship between oral health education and quality of life in adolescents. **International Journal of Paediatric Dentistry**. v. 23, n. 4, p. 286-96, 2013.

CARVALHO, V. L. R.; MESAS, A. E.; ANDRADE, S. M. Aplicação e análise de uma atividade de educação em saúde bucal para idosos, (2006).

CHAFFEE, B. W.; FELDENS, C. A.; VITOLO, M. R. Cluster-randomized Trial of Infant Nutrition Training for Caries Prevention. **Journal Of Dental Research**, [s.l.], v. 92, n. 7, p. 29-36, 2013.

CHARMAZ, K. **Constructing Grounded Theory**: a practical guide through qualitative Analysis. London: Sage Publications Ltd, 2006.

CHENITZ, W.C; SWANSON, J.M. **From practice to grounded theory**. Menlo Park: Addison-Wesley, 1986.

COLUSSI, C. F.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 27, n. 9, p. 1731- 45, 2011.

DALY, B. et al. **Essential Dental Public Health**. 2nd ed. Oxford: University Press. United Kingdom, 108p, 2013.

DECI, E. L.; RYAN, R. M. The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and self-determination of behaviour. **Psychological Inquiry**, v.11, n.4, p.227-68, 2000.

DWYER, G.O.; TAVARES, M. F. L.; SETA, M. H. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. **Rev Interface Com Saúde Educ**, v.11, n.23, 2007.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Cien Saude Colet**, v.15, supl.1, p. 1643-52, 2010.

FIGUEIREDO M. F. F.; RODRIGUES NETO, J. F.; LEITE, M.T.S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 1, p. 117-21, 2010.

FREIRE, A. M. **Concepções orientadoras do processo de aprendizagem do ensino nos estágios pedagógicos**, 2001. Disponível em: <<http://www.educ.fc.ul.pt/recentes/mpfip/pdfs/afreire.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

FREIRE, P. **Educação e mudanças**. 30^a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2007.

_____. **Pedagogia da autonomia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

_____. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 46^a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983; 2005.

_____. **Política e Educação**. São Paulo: Cortez, 1993.

FROTA, M. A.; ALBUQUERQUE, C. M.; LINARD, A. G. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. **Texto Contexto - Enferm.**, [s.l.], v. 16, n. 2, p.246-53, 2007.

GABE, J.; MONAGHAN, L. **Key concepts in medical sociology**. 2. ed. London: Sage, 2013.

GIBSON, B; HARTMAN, J. **Rediscovering Grounded Theory**. SAGE Publications Ltd. p.280, p.280.

GLANZ, K.; RIMER, B.; VISWANATH, K. **Health behaviour and health education: theory, research and practice**, 4. ed. San Francisco: John Wiley, 2008.

GLASER, B. **Grounded theory perspective III: theoretical coding**. Chicago: Sociology Press, 2005.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory: strategies four qualitative research**. New York: Aldine de Gruyter, 271p, 1967.

GLASER, B. G. **Theoretical sensitivity**. Chicago: Sociology Press, 164p, 1978.

GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F.; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em n. 2, p. 318-32, 2014. municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30,

GOLEMAN, D. **Foco: a atenção e seu papel fundamental para o sucesso**; tradução Cássia Zanon. 1. ed. Objetiva. Rio de Janeiro, p.293, 2013.

GRISOTTI, M.; PATRÍCIO, Z.M. **A saúde coletiva entre discursos e práticas: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde no município de Florianópolis**. Florianópolis: Ed. UFSC, 2006.

GUIMARÃES, S. E. R.; BORUCHOVITCH, E. O Estilo Motivacional do Professor e a Motivação Intrínseca dos Estudantes: Uma Perspectiva da Teoria da Autodeterminação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.17, n. 2, p. 143-50, 2004.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1992.

HEIDEMANN, I. T. S. B. **Possibilidades e limites para implantação da política de promoção da saúde na atenção básica: investigação de questões problemáticas.** Santa Catarina: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2008. [Projeto de Pesquisa].

HUBLEY, J.; COPEMAN, J.; WOODALL, J. **Practical Health Promotion.** 2. ed. Polity Press, Cambridge, 2013.

KAY, E.; LOCKER, D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 24, n. 4, p. 231-35, 1996. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-528.1996.tb00850.x>. PMID:8871028. Acesso em 13.8.2016

KLAASSEN, C. A. Teacher pedagogical competence and sensibility. **Teaching and Teacher Education**, v. 18, n. 2, p. 151-58, 2002.

KORTHAGEN, F. A. J. In search of the essence of a good teacher: towards a more holistic approach in teacher education. **Teaching and Teacher Education**, v. 20, p. 77-97, 2004.

KUSMA, S. Z.; MOYSÈS, S. T.; MOYSÉS S. J. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28 sup.: S9-S19, 2012.

L'ABBATE, S. Educação em Saúde: uma Nova Abordagem. **Cad. Saúde Públ**, v. 10, n. 4, p. 481-90, 1994.

LEVINSON, W. et al. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons (Comunicação médico-pacientes: a relação com reclamações de erros médicos entre médicos clínicos e cirurgiões). **JAMA**, 227, p. 553-69, 1997.

LIBÂNEO, J. C. **Conteúdos, formação de competências cognitivas e ensino com pesquisa.** Cad. de Pedagogia universitária, 2009.

LIBÂNEO, J. C. **Didática.** São Paulo: Cortez, 1994.

LINGARD, L.; ALBERT, M.; LEVINSON, W. Grounded theory, mixed methods, and action research. **British Medical Journal**, p. 459-61, 2008.

LUCKESI, C.C. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez Editora, 1994.

MASETTO, M. T. **Competência pedagógica do professor universitário**. São Paulo: Summus, 2003.

MELLO, A. L. F.; ERDMANN A, L. Investigando o cuidado à saúde bucal de idosos utilizando a teoria fundamentada nos dados. **Rev. Latino-Am**, v. 15, n. 5, 2007.

MEYER, D. E. E. et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva de vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1335-42, 2006.

MIALHE, F. L.; LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. O agente comunitário de saúde e suas práticas educativas em saúde bucal: uma avaliação qualiquantitativa. **Cienc Saúde Colet**, v. 16, n. 11, p. 4425-32, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 5. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1998.

_____. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1998.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MORETTI-PIRES, R.O. Complexidade em saúde da família e formação do futuro profissional em saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.30, p.153-66, 2009.

MOYSÉS, S.J. O futuro da Odontologia, no Brasil e no mundo, sob o ponto de vista da Promoção da Saúde (Opinião). **Rev Bras Odontol**, v. 16, p. 10-3, 2008.

MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde Bucal das Famílias**: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. **Saúde Bucal no Brasil**: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Ed. Frocruz.p. 13-15, 2008.

NEUMANN, D.L.; PRGUDA, E. Inter-human and animal-directed empathy: A test for evolutionary biases in empathetic responding. **Behavioural Processes**. v. 108, p. 80–6, 2014.

NICO, L.S. et al. A groundedtheory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. **Cienc Saude Colet**, v.12, n.3, p. 789-97, 2007.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-97, 2011.

PAULETO, A.R.C.; PEREIRA, M.L.T.; CYRINO, E.G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Cienc Saude Colet.**, v.9, n.1, 2004, Rio de Janeiro, 13 de setembro 2003. Entrevista concedida a Revista Radis. Disponível em: <www.gices-sc.org>. Acesso em: out. 2013.

PEDROSA, J. I. S. Promoção da Saúde e Educação em Saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS**: resignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec/OPAS, 2006. p.77-95.

PELICIONI, M.C.F.; PELICIONI, A.F.; TOLEDO, R.F. A educação e a comunidade para a promoção da saúde. In: ROCHA, A.A.; CESAR, C.L.G. (Orgs.). **Saúde Pública**: Bases conceituais. São Paulo: Ateneu, p. 165-1772008.

PEREIRA LIMA, V.L.G. et al. Health promotion, health education and social communication on health: specificities, interfaces, intersections. **Internacional Journal of Health Promotion and Education**, v. VII, n. 4, Quaterlytrimestriel, 2000.

PEREIRA, A.C. e colaboradores. **Odontologia em Saúde Coletiva**: Planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Ed Artmed, 2007.

PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.5, p. 1527-34. 2003.

PIRES, R.O.M. et al. O conhecimento dos agentes comunitários sobre saúde bucal: uma perspectiva sobre deficiências em educação em saúde no PSF. **Cienc Cuid Saúde**, v.6, n.3, p. 325-34. 2007.

POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A.; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta paul. Enferm.**, v. 22, n. 4, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf> . Acesso em: 12 mar. 2014.

PUCCA, G. A. et al. Oral Health Policies in Brazil. **Brazilian Oral Research**, v. 23, p. 9-16, 2009.

PUCCA, G. A.; GABRIEL, M. E.; ALMEIDA, F. C. S. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. **Journal of Dental Research**, 2015.

REIS, D. M. et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **CiencSaúde Colet.**, v. 15, n. 1, p. 269-76, 2010.

RENZ, A.; NEWTON, J. Changing the behaviour of patients with periodontitis. **Periodontology**2000, v.51, p. 252-68, 2009.

RODRIGUES, S. A. et al. Educação em saúde em comunidades quilombolas. **Rev Gaúcha Odontol.**, v. 59, p. 445-51, 2011.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ROSA, R. B. et al. A educação em saúde no currículo de um curso de enfermagem: o aprender para educar. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 27, n. 2, p. 185-92, 2006.

SALCI, M. A. et al. Educação em Saúde e suas perspectivas teóricas: Algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n.1, p. 224-30, 2013.

SALGANIK, M. J.; HECKATHORN, D. D. Sampling and estimation in hidden populations using respondent-driven sampling. **Sociological Methodology**. v. 34, p. 193-240, 2004.

SANTOS, A.M. Organização das Ações em Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: Ações Individuais e Coletivas Baseadas em Dispositivos Relacionais e Instituintes. **Revista APS**, v.9, n.2, p. 190-200, 2006.

SANTOS, A.M. et al. A produção de sentidos sobre a saúde bucal: do lúdico à realidade. **Rev APS**, v.12, n.4, p. 420-9, 2009.

SANTOS, S.F.; CAMPINAS, L.L.S.L.; SARTORI, J.A.L. A afetividade como ferramenta na adesão às orientações sobre educação em saúde bucal na Saúde da Família. **Mundo Saúde**, v. 34, n. 1, p.109-19, 2010.

SANTOS, S.G.; MORETTI-PIRES, R.O. (orgs.). **Métodos e técnicas de pesquisa qualitativa aplicada à Educação Física**. 1. ed. Florianópolis: Editora Tribo da Ilha, 2012, 263p.

SAVIANE, D. **Escola e Democracia**. 6. Ed. São Paulo: Cortez Editora, 1985.

SCAMBLER, G. **Sociology as applied to Medicine**. 6. ed. Edinburgh: Saunders Elsevier, 2008.

SEEDHOUSE, D. (ed.). **Reforming health care: the philosophy and practice of international health reform**. West Sussex, England: John Wiley& Sons, 2004.

SILVA, N. A.; MENDONÇA, M. H. M.; VETTORE, M. V. Uma abordagem salutogênica à promoção da saúde bucal. **Cad Saúde Pública**, v. 24, Supl 4, S521-S30, 2008.

SOUZA, R.S.; TOASSI, R.F.C. **Educação em saúde bucal: um olhar sobre as publicações**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SOUZA, R.; BAUMGARTEN, A.; TOASSI, R.F.C. Dental health education: a literature review. **Revista Odonto Ciência (Online)**, v. 29, p. 18-24, 2014.

SOUSA, F.B. et al. Oral cancer from a health promotion perspective: experience of a diagnosis network in Ceará. **Braz Oral Res.**, v. 28, n.1, p.1-8, 2014.

SMEKE; OLIVEIRA *apud* VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede de educação popular e saúde. VASCONCELOS, E. M. (ORG). São Paulo: Hucitec, 2001. 115 p. (Saúde em Debate; 140).

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V.;

STOTZ, E. N. (Orgs.) **Participação Popular, Educação e Saúde:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p.11-22, 1993.

STOTZ, E.N.; ARAUJO, J.W.G. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, v. 13. n. 2. p. 5–19, 2004.

STRAUSS, A.L.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa:** Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 288 p, 2008.

STRAUSS, A.L; CORBIN, J. **Bases de la investigación cualitativa:** técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín; Ed. Universidad de Antioquia, 2002.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. M. **Basics of Qualitative Research** :Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. Londres: Sage Publications, 1998.

THOMPSON, K.L.; GULLONE, E. Aust. Psychol., 38.pp. 175-182, 2003.

TOLEDO, M.M.; RODRIGUES, S.C.; CHIESA, A.M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto Contexto - Enferm.**, [s.l.], v. 16, n. 2, p.233-238, 2007.

TOMER, J. F. World Economic Review **Brain Physiology, Egoistic and Empathic Motivation, and Brain Plasticity: Toward a More Human Economics**. v.1, n. 1, p. 76-90. (Professor of Economics at Manhattan College, Riverdale, New York, USA), 2012.

TOMITA, N.E.; MARTA, S.N.; DALBEN, G. S. Oral health under an integrality perspective. **Braz Oral Res.**, v. 26, n.1, p. 124-32, 2012.

TOASSI, R. F. C. et al. Trabalhando saberes e práticas na educação/prevenção em saúde bucal. **Revista da Extensão**, v. 1, p. 31-35, 2015.

TÔRRES, L. H. N.. Histórias em quadrinhos na sala de espera: um método de educação em saúde bucal. **OdontolClínCient.**, v.10, n.1, p. 69-72, 2011.

TURRIONI, A. P. S. et al. Avaliação das ações de educação na saúde bucal de adolescentes dentro da Estratégia de Saúde da Família. **Cienc Saúde Colet**. v. 17, n. 7, p. 1841-48, 2012.

VALADÃO, M. M. **Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda Inter setorial**. 2004. [Tese Doutorado]. - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

VALLE, I. R. A obra do sociólogo Pierre Bourdieu: Uma irradiação incontestável. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, p. 117-134, 2007.

VASCONCELOS, E. M. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. VASCONCELOS, E. M. (org). São Paulo: Hucitec, 2001. (Saúde em Debate; 140)

VALENTE, I.; ROMANO, R. PNE: Plano Nacional de Educação ou carta de intenção? **Educação e Sociedade**. Campinas, v.23, n.80, p. 96-107, 2002.

VIGNEMONT, F. E.; SINGER, T. The empathic brain: how, when and why?, 2006.

WATT, R.G. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. **Bull World Health Organ.**, v. 83, p. 711-18, 2005.

WATT, R. G. et al. Evaluating oral health promotion: need for quality outcomes measures. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 34: p. 11-7, 2006.

WATT, R.G. Stages of change for sugar and fat reduction in an adolescent sample. **Community Dental Health**, v.14, p.102-8, 1998.

WATT, R.G. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v.35, n.1, p. 1–11, 2007.

WATT, R.G. Stages of change for sugar and fat reduction in an adolescent sample. **Community Dental Health**, v.14, p. 102-108, 1998.

WHO (World Health Organization). **The Ottawa Charter For Health Promotion**. Ottawa, Canadá, nov. 1986.

APÊNDICE A – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Patrícia Melo Biondi de Andrade, sou doutoranda do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, estamos desenvolvendo a pesquisa **“Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: O Significado das Práticas Educativas”** com o objetivo de conhecer os significados da educação em saúde no âmbito coletivo, através das percepções dos Cirurgiões-dentistas, Técnicos em Saúde Bucal e demais participantes da equipe de Saúde da Família e gestores. Convidamos o Sr./Sra. para contribuir com esta pesquisa que está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Coletiva da UFSC. A coleta de dados será realizada por meio de uma entrevista individual cujas respostas serão gravadas em meio digital. Estimamos que isto não trará riscos ou desconfortos para o Sr. / Sra.

O Sr./ Sra. não será identificado em nenhuma etapa da pesquisa, garantindo o anonimato. Caso esteja de acordo em participar, podemos garantir que as informações fornecidas serão confidenciais, armazenadas no computador pessoal das pesquisadoras e só serão utilizadas neste trabalho.

Esperamos que os resultados desta pesquisa tragam benefícios no que diz respeito ao entendimento/compreensão do significado da educação em saúde e consequentemente melhorias nas práticas dos profissionais relacionados aos serviços de saúde bucal, no âmbito coletivo, na Estratégia Saúde da Família.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone 065-9997-0791 (com Patrícia).

Obrigada!

Eu, _____

_____ (função), fui informado(a) e compreendi todas as etapas sobre a pesquisa **“SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O SIGNIFICADO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS”** e concordo participar desse estudo executado pela Doutoranda Patricia Melo Biondi de Andrade, sob a orientação da Profa. Dra. Ana Lúcia Ferreira de Mello, do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC, bem como a utilização dos dados coletados, desde que haja garantia de anonimato, conforme normas do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos desta universidade. Autorizo a

gravação da entrevista e concordo que os dados obtidos são de propriedade do curso de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, através de seus pesquisadores, aos quais permito o direito de retenção, uso para fins de ensino, pesquisa e extensão, bem como a divulgação dos resultados em revistas e eventos científicos.

Florianópolis, ____/____/____.

Assinatura: _____.

RG: _____.

CPF: _____

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Primeiro Grupo Amostral



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
DOUTORADO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

Data:	Nº da Entrevista:
UBS:	Hora:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome (Codificado): _____ Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Profissão: _____

Tempo de Experiência: _____

Especialidade(s): _____

Contato E-mail: _____ Telefone: _____

QUESTÕES NORTEADORAS:

Na sua visão, como profissional da equipe de saúde bucal, qual o significado da Educação em Saúde?

De que maneira as ações de Educação em Saúde estão presentes na sua prática profissional diária enquanto membro da equipe de saúde bucal?

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista Segundo Grupo Amostral



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
DOUTORADO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

Data:	Nº da Entrevista:
UBS:	Hora:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome (Codificado): _____ Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Profissão: _____

Tempo de Experiência: _____

Especialidade(s): _____

Contato Email: _____ Telefone: _____

QUESTÕES NORTEADORAS:

Na sua visão como gestor, qual o significado de Educação em Saúde?

De que maneira as ações de Educação em Saúde são organizadas pela equipe de saúde bucal?

Como se dá a relação da gestão com as práticas de educação em saúde bucal?

APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista Terceiro Grupo Amostral



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
DOUTORADO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

Data:	Nº da Entrevista:
UBS:	Hora:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome (Codificado): _____ Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Profissão: _____

Tempo de Experiência: _____

Especialidade(s): _____

Contato Email: _____ Telefone: _____

QUESTÕES NORTEADORAS:

Na sua visão como vencedor do Prêmio Boas Práticas Em Saúde, qual o significado da Educação em Saúde?

De que maneira as ações de Educação em Saúde estão presentes na sua prática?

ANEXO A – Anuência da SMS-PMF



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

OE 019/SMS/DFMSL/RH/IES/2014

Florianópolis, 15 de agosto de 2014

Prezada Senhora,

Cumprimentando-a, cordialmente, informamos que o Projeto de Pesquisa “SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O SIGNIFICADO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS”, enviado por Vªs Sªs a esta comissão, foi analisado e considerado adequado estando, portanto, autorizado para ser desenvolvido na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Certos de sua atenção, seguimos à disposição para maiores esclarecimentos no telefone 48-32391564.

Atenciosamente,

Marynes Terezinha Reibnitz
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Ilustríssima Senhora
Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Nesta

Visite nosso site: www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/
E-mail: educaemsaude@gmail.com Fone: (048) 3239-1593

ANEXO B – Parecer do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 1994

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 1994

FR: 422188

TÍTULO: A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE FLORIANÓPOLIS: a busca dos significados das práticas no âmbito coletivo.

AUTOR: ANA LÚCIA SCHAEFER FERREIRA DE MELLO, Alessandra Martins Ferreira Warmling, Grasiela Garrett da Silva

FLORIANÓPOLIS, 30 de Maio de 2011.

Coordenador do CEPSH/UFSC

